

介護保険料減免・徴収猶予申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		3	0	3	4	4	6
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
介護保険料 減免・猶予 申請理由									
<p>高野町長様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて 年度分介護保険料の減免・徴収猶予の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>									

町記入欄

受理年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	