

介護保険料（減免・徴収猶予）申請書

福岡県介護保険広域連合長 様

次のとおり _____ 年度分介護保険料の（減免・徴収猶予）を申請します。

申告内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる減免又は徴収猶予を取り消されても異議を申し立てません。

要件確認のために必要な場合は、私及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等を確認されることを承諾します。

（申請者）

申請年月日	年 月 日
申請者氏名	Ⓜ
本人との関係	
住所	〒
電話番号	

（被保険者）

被保険者番号	
フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	〒
電話番号	

申請理由	
------	--