

中之条町介護保険料徴収猶予・減免申請書

中之条町長 様

次のとおり、令和4年度分の介護保険料の（徴収猶予・減免）を申請します。

個人番号		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 ー		
電話番号			

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号											
	フリガナ					生年月日	大・昭和 年 月 日					
	氏名					性別	男 ・ 女					
	住所	〒 ー										

対 象 保 険 料	年度	納 期	納 期 限	介護保険料額
	4	普 通 徴 収	1期	令和 4年 8月 1日
2期			令和 4年 8月 31日	円
3期			令和 4年 9月 30日	円
4期			令和 4年 10月 31日	円
5期			令和 4年 11月 30日	円
6期			令和 4年 12月 26日	円
7期			令和 5年 1月 31日	円
8期			令和 5年 2月 28日	円
随時期			令和 年 月 日	円
随時期		令和 年 月 日	円	
特 別 徴 収		4月	令和 4年 5月 10日	円
		6月	令和 4年 7月 10日	円
		8月	令和 4年 9月 10日	円
		10月	令和 4年 11月 10日	円
	12月	令和 5年 1月 10日	円	
	2月	令和 5年 3月 10日	円	

申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症にり患し、介護保険料の納付が困難となったため。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症の影響に伴う失業、事業の廃止または減収により介護保険料の納付が困難となったため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	--