様式第47号（第37条関係）

介護保険料減免・徴収猶予申請書

　庄内町長　　　　　　　　宛

　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。

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

　（注）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 | 個人 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険 者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |