

(様式第 20 号)

市町村受付印

広域受付印

介護保険料 徴収猶予・減免 申請書

(あて先) 北アルプス広域連合長

北アルプス広域連合介護保険条例 第15条第1項(徴収猶予)・第16条第1項(減免)の規定による介護保険料の 徴収猶予・減免 を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 日		年 月 日			
申 請 者	住 所	〒 ー			
	フリガナ				
	氏 名				
	電話番号	() ー			
被保険者との続柄 (該当項目に○をしてください。)		本人	配偶者	子	その他(具体的に記入)
被保険者 (申請者と同じ場合は*印の項目だけ記入してください。)	住 所	〒 ー			
	フリガナ				
	氏 名				
	*生年月日	M・T・S	年	月	日
	*納付書番号				
	電話番号	() ー			

市町村決裁欄					
主務	係長	課長	部長	副市町村長	市町村長

広域連合決裁欄				
主務	係長	課長	事務局長	連合長

申請事項（申請日以降の納期限から原則年度最終納期までが対象です。）

保険料の額		円（うち随時期分 円）					
納 期 限 等	普 通 徴 収	期 別	金 額（円）	納期限	期 別	金 額（円）	納期限
		第 1 期		. .	第 8 期		. .
		第 2 期		. .	第 9 期		. .
		第 3 期		. .	第 10 期		. .
		第 4 期		. .	第 11 期		. .
		第 5 期		. .	第 12 期		. .
		第 6 期		. .	随時期		. .
		第 7 期		. .	随時期		. .
等	特 別 徴 収	年金支払月	金 額（円）		年金支払月	金 額（円）	
		4 月			1 0 月		
		6 月			1 2 月		
		8 月			2 月		

申 請 理 由

- ①該当する理由、原因に○をしてください。
 ②申請理由を確認できる証明書等を添付してください。
 ③別紙「介護保険料減免・徴収猶予調書」の各項目を記入してください。

- 震災、風水害、火災による損害
 生計中心者の著しい収入減少
 ・減少原因：死亡、重大な障害、長期入院、事業又は業務の休廃止、
 損失、失業、農作物の不作、その他（ ）
 低所得者減免
 その他（ ）

同 意 書

介護保険料の徴収猶予・減免申請の審査のために、戸籍、収入及び資産の状況を調査することについて同意します。

被保険者の署名 _____

全世帯員の署名 _____

【扶養者が別居している場合に記入してください。】

扶養者の住所 _____

署名 _____