

令和●●年●●月●●日

後志広域連合長様

申請者

住所 ●●町字●●×丁目●●

氏名 広域 太郎 (印)

電話番号 △△ - △△△△

介護保険条例第 条の規定により、下記のとおり **令和4年度**分介護保険料の減免・~~徴収猶予~~を申請します。

※減免対象者の被保険者番号 氏名・住所等を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ	コウイキ タロウ																				
	氏名	広域 太郎										生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			性別	男・女					
	住所	〒△△△-△△△△ ●●町字●●×丁目●●										電話番号△△ - △△△△										
生 計 中 心 者	フリガナ											勤務先										
	氏名	同上																				
	住所											世帯の主な生計維持者が被保険者と違うときは記入ください。										

申請の理由	新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少のため (別記様式第1号のとおり)
-------	--

※後志広域連合記入欄

年 度	所得段階区分	賦課期間	年間保険料額	減免率	減免期間	減免額
年度	第 段階	月	円	/	月	円
収入申告書 資産申告書 収入及び資産の調査に関する同意書 罹災証明書						