　　　　　　　市町村受付印　　　　　　　　　　　　　　　広域受付印

様式第１７号

* 減　免
* 徴収猶予

介護保険料　　　　　　　申請書

沖縄県介護保険広域連合長　　　殿

　次のとおり令和　　　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 | | | | | | 令和 　　年 　　月 　　日 | | |
| 申請者氏名 | | | |  | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | |  | | |
| 申請者住所 | | | | 〒  　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者が被保険者本人の場合は，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 | | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる生計維持者 | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | 男　・　女 | | |
| 住　所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | | 氏　名 | | | | | 続柄 | | 生年月日 | | | | | | | 年齢 | | | | 備　考 | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 申請内容確認 | | | |
| 担当者印 | | 市町村 | | | 広　域 |
| ・ 　・ | | | ・ 　・ |