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 |
| ・ 　・ | ・ 　・ |