別記様式

介護保険料延滞金減免申請書

七飯町長　様

申 請 日　　　　年　　　月　　　日

申 請 者　　　　　　　　　　　　㊞

住　　所

電話番号

　次のとおり、介護保険料に係る延滞金の減免を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | |
| 被保険者住所等  ※申請者と同じ場合は記載不要 | 〒　　　－  電話番号： | | | |
| 申　請　理　由 | 該当条項：条例第９条第１項第　　号 | | | |
| 減免申請額 | 延滞金額　　　　　　　円  減免額　　　　　　　　円 | 減免申請期間 | | 年　　月　　日分から  　年　　月　　日分まで |