

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 \_\_\_\_\_ ⑩

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