別記様式第1号（第6条関係）

大泉町介護保険料徴収猶予・減免申請書

年　　月　　日

大泉町長　　様

申請者　　住所
氏名　　印
電話番号（　　－　　）
申請に来た者　氏名
電話番号（　　－　　）

大泉町介護保険条例第9条・第10条の規定により、次のとおり介護保険料の徴収猶予・減免を申請いたします。

被保険者番号	
徴収猶予・減免の理由	
徴収猶予の納付計画	第　　期から第　　期を　　ヵ月間 徴収の猶予を希望
減免金額	第　　期から第　　期　　合計　　円

世帯構成		氏名	生年月日	性別	町民税課税・非課税等の状況
	被保険者		年　月　日	男・女	
	世帯主			男・女	
	世帯員			男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	

※　添付書類　　調査票及び徴収猶予・減免理由を証明するもの。