

介護保険料減免申請書

安八郡広域連合長 様

次のとおり令和 年度分介護保険料の減免を申請します。

| | | | | |
|-----|----|-----------------|--------|-------|
| | | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者 | 氏名 | 印 | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 _____ 電話番号 | | |

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

| | | | | |
|------------------|--------|-----------------------------------|------|----------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 8 : 0 0 0 : : : : | 個人番号 | |
| | フリガナ | ----- | | 生年月日 |
| | 氏名 | 印 | 性 別 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 _____ 電話番号 | | |

| | |
|------|---|
| 申請理由 | <p>新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者が</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡したため</p> <p><input type="checkbox"/> 重篤な傷病を負ったため</p> <p><input type="checkbox"/> 事業収入、不動産収入、山林収入、又は給与収入の減少が見込まれる第1号被保険者</p> <p>※収入が減少する理由</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; margin-top: 20px;">()</div> |
|------|---|

減免申請に基づく、私及び主たる生計維持者の住民税の内容を減免認定の目的で利用することについて同意します。

被保険者氏名 _____ 印 _____

主たる生計維持者氏名 _____ 印 _____
(被保険者が主たる生計維持者の場合、記入不要)