

担当	係長	課長	部長	受付 . .
				決裁 . .
				施行 . .

介護保険料減免申請書

大和市長 あて 年 月 日

住所
フリガナ

申請者氏名 印

電話

被保険者との関係

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

フリガナ 減免対象 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	被保険者番号	000
		個人番号	
	生年月日	M・T・S	年 月 日

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	電話 ()
----	--	--------

フリガナ 主たる生計 維持者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ （この場合は記入不要です）
-------------------------	--	--------------	--

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	電話 ()
----	--	--------

保険料の額	年度	期	円	年度	期	円	年度	期	円
	年度	期	円	年度	期	円	年度	期	円
	年度	期	円	年度	期	円	年度	期	円
	年度	期	円	年度	期	円	年度小計		円
	年度	期	円	年度	期	円	年度小計		円
	年度	期	円	年度	期	円	合計		円

減免申請理由	①減免申請の理由（具体的に） ■新型コロナウイルス感染症の影響による理由の場合は②へ	
	②新型コロナウイルス感染症に係る理由（1～3より選択）（※1）	<input type="checkbox"/> 1. 主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病（※2）を負ったため <input type="checkbox"/> 2. 主たる生計維持者の事業収入等の著しい減少（※3）が見込まれるため <input type="checkbox"/> 3. 主たる生計維持者が事業を廃止し、または失業したため <input type="checkbox"/> なお、私と私の属する世帯に関し、介護保険課が、保健所等へ新型コロナウイルス感染症に係る情報照会をすることに同意します。

添付書類	
------	--

決定区分	<input type="checkbox"/> 減免する。 <input type="checkbox"/> 減免しない。
------	--

決定内容	対象期間の保険料額 (A)	減免額 (B)	減免後の保険料額 (A-B)
	円	円	円

決定理由	
------	--

※太枠の中のみ記入してください。

(※1) 前年の所得額（総所得、もしくは減少する事業収入等に係る所得）がゼロの場合は減免の対象となりません。
 (※2) 1ヵ月以上の治療を要する場合です。医師の診断書、措置入院の勧告書等が必要になる場合があります。
 (※3) 事業収入、山林収入、不動産収入、給与のいずれかが前年と比べて30%以上減る見込みである場合を指します。
 前年と今年の収入がわかる書類（確定申告書、帳簿、給与明細等）が必要になる場合があります。