

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

介護保険料減免申請書

年 月 日

大 和 市 長 あて

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

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	0 0 0
		個人番号	
		生年月日	M・T・S・H 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。

前年と本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。