

介護保険料減免申請書

年 月 日

愛荘町長 あて

次のとおり、令和 4年度 分の介護保険料の減免を申請します。

1. 申請者

氏名	⑩	減免対象者との続柄	
住所	〒 電話番号		

2. 減免対象者

氏名	□申請者氏名に同じ	生年月日	
		被保険者番号	
住所	〒 電話番号 □申請者住所に同じ		

3. 主たる生計維持者

氏名	⑩	生年月日	
	□申請者氏名に同じ		
住所	〒 電話番号 □申請者住所に同じ		

4. 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、下記の理由により納付が困難なため減免を申請します。	
☐	主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負ったため
☐	主たる生計維持者が事業を廃止または失業をしたため
☐	主たる生計維持者の収入が減少したため

5. 同意欄

☐	主たる生計維持者は、この減免申請に伴い、その決定について必要な場合は、税務課その他関係機関に照会し、報告を求めることに同意します。
--------------------------	---

添付書類の例

1. 死亡、重篤な傷病を負った場合	
(1)	死亡診断書、医師の診断書、保健所等から交付される措置入院の勧告書などの写し
2. 事業の廃止、失業または収入減少などの場合	
(1)	事業の廃止などの場合 廃業届、休業届などの写し
(2)	失業の場合 解雇通知、退職証明書、雇用保険受給資格者証などの写し
(3)	収入減少などの場合 昨年と本年の収入比較ができるもの ○給与所得者…給与明細などの写し ○事業所得者等…売上の分かる帳簿などの写し
3. 保険金・損害賠償等により補填される場合	
(1)	帳簿、保険契約書などの写し

※以下の欄は記載しないでください

保険料の年度	保険料額	徴収区分	納期
令和4年度	円	普通徴収	第1・2・3・4・5・6・7・8・9・10期 全期
		特別徴収	第1・2・3・4・5・6期