年　　月　　日

介護保険料減免申請書

大山町長　　　　　　　　　　様

　下記のとおり、　　年度分介護保険料の減免を申請します。

記

1　申請者の住所及び氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 | 　 |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　印 | 電話番号 | 　 |

2　第1号被保険者及びその属する世帯の生計を主として維持する者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | 　 |
| 上記の被保険者が属する世帯の生計を主として維持する者 |
| 氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 〒 |

3　減免等を受けようとする介護保険料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期別 | 納期限 | 料額 |
|  |  | 円 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |

4　実態調書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 職業 | 収入の有無 |
| 前年 | 当該年 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |
|  |  |  |  | 有　無 | 有　無 |

5　減免等を必要とする理由

|  |
| --- |
| □新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため(添付書類:医師の診断書等)□新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入が減少したため(添付書類:収入等申告書、現在の収入状況が確認できる書類の写し)□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事業等を廃止又は失業したため(添付書類:廃業届、退職証明書、雇用保険受給資格証等) |

※　減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。