|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聖籠町長　西　脇　道　夫　様  申請者　住　　所  　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　電話番号  以下のとおり減免してくださるよう申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減 免 を  希望する  被保険者 | | 被保険者番号 | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | | |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の生計  を主として  維持する者 | | □　被保険者に同じ（異なる場合は氏名、住所及び続柄を記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者との続柄 | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を申請する介護保険料 | | | | | 年度 | | 令和４年度相当分 | | | | | | | | 料額 | | 円 | | | | | | |
| 特別徴収 | | | | | 普通徴収 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金支払月 | | | 保険料 | | 納期限 | | | | | 保険料 | | | | | 納期限 | | | | | 保険料 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 202　年　　月 | | | 円 | | 20年10月11日 | | | | | 円 | | | | | 202年10月11日 | | | | | 円 | | | |
| 減免を必要とする理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 新型コロナウイルス感染症により、世帯の生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため（死亡診断書の写し又は医師による診断書等を添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の生計を主として維持する者の事業収入等が減少し、以下のア及びイのいずれにも該当するため（収入の減少が確認できる書類を添付）  ア　令和４年の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかが、令和３年に比べて１０分の３以上減少したこと。  イ　収入減少した所得以外の令和３年の所得の合計額が４００万円以下であること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請が遅れた理由（申請日時点で納期限経過後の保険料の減免を申請する場合に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |  | | |