

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 様

申請者 住所
氏名
電話番号

印

以下のとおり減免して下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	<input type="checkbox"/> 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						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
年 月	円	年 月 日	円	年 月 日	円						
減免を必要とする理由											
<input type="checkbox"/>	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）										
<input type="checkbox"/>	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）											