

# 介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

豊郷町長 あて

次のとおり、令和元年度・2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	〒 ー		
	電話番号 ー ー		

## 2 減免対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	生年月日	年 月 日
		被保険者番号	
住所	〒 ー		
	電話番号 ー ー		
	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (電話番号 ー ー )		

## 3 主たる生計維持者

氏名	⑩	生年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ		
住所	〒 ー		
	電話番号 ー ー		
	<input type="checkbox"/> 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

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 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<br>主管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 死亡または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等の写し
- 2 事業の廃止、失業または収入減少等の場合
  - (1) 事業の廃止等の場合
    - ① 廃業届、休業届等の写し
  - (2) 失業の場合
    - ① 解雇通知、退職証明書、雇用保険受給資格者証等の写し
  - (3) 収入減少等の場合
    - ① 昨年と本年の収入の比較ができるもの  
給与所得者…給与明細等の写し  
事業所得者等…売上のわかる帳簿等の写し
- 3 保険金、損害賠償等により補填される場合
  - (1) 帳簿、保険契約書等の写し

※ 上記のうち、2および3については添付書類のほかに収入等申告書が必要です。