

介護保険料減免申請書

記入例

令和 2 年 7 月 1 日

串本町長 様

申請人 住 所 串本町串本〇〇〇〇

氏 名 串本 太郎 (印)

電話番号 0735-62-△△△△

串本町介護保険条例第13条第2項の規定により、下記のとおり減免申請をいたします。  
なお、減免額の算出の為、世帯の課税情報等

コロナウイルスの影響により事業収入等が減少した方の氏名を記入してください。  
世帯主以外の方でも同一世帯に属していれば対象となります。

1. 主たる生計維持者

(氏名) 串本 太郎	(住所) 串本町串本〇〇〇〇
------------	----------------

2. 減免対象被保険者 (主たる生計維持者と同一世帯内の 65 歳以上の方)

(氏名) 串本 太郎	(生年月日) 昭和 28 年 4 月 1 日
(氏名) 串本 花子	(生年月日) 昭和 29 年 7 月 1 日
(氏名)	
(氏名)	

主たる生計維持者と同一世帯に属する 65 歳以上の方全員が対象となります。

- ※ 令和 2 年度中に 65 歳となられる方も対象となります。
- ※ 主たる生計維持者と世帯が別の場合は減免の対象となりません。

3. 減免を受けようとする介護保険料の額

納入通知書に記載された、納期限 (特別徴収の場合は特別徴収対象年金の支払日) が令和 2 年 2 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日までの介護保険料

4. 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、減免を申請します。

① 世帯の主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負ったため。

② 主たる生計維持者の事業収入等の 10 分の 3 以上の減少が見込まれるため。

5. 添付書類

- ・減免を受けようとする理由が①
  - 医師の診断書等
- ・減免を受けようとする理由が②
  - 申請時点までの収入減少事業の金額が確認できるもの (令和 2 年 1 月から申請月前月までの会計帳簿や給与明細等)
  - 令和 2 年中の収入金額等申告書 【別紙】
  - 事業の廃止または失業が確認できる書類 ※該当する場合