介護保険料減免申請書

令和　　年　　月　　日

串本町長　様

申請人　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　印

電話番号

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、世帯の課税情報等を確認することに同意します。

記

１．主たる生計維持者

|  |  |
| --- | --- |
| （氏名） | （住所） |

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） | （生年月日）　　　　年　　　月　　　日 |
| （氏名） | （生年月日）　　　　年　　　月　　　日 |
| （氏名） | （生年月日）　　　　年　　　月　　　日 |
| （氏名） | （生年月日）　　　　年　　　月　　　日 |

※ 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。 |

1. 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