

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

<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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