令和元年度新型コロナ感染症の影響に係る

介護保険料減免申請書

　もとす広域連合長　様

　次のとおり令和元年度分介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 住所 |
| 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者 |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保険料 | 納期限(月) | 保険料 | 納期限(月) | 保険料 | 納期限(月) |
| 減免を受けようとする保険料及び納期限  (月) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**□**　新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため。

**□**　新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症の影響により、その属する世帯の主たる生計維持者の令和2年の事業収入等のいずれかが、令和元年の当該事業収入等の額の10分の3以上減少する見込みのため。

減免を必要とする理由（該当する**□**にチェックしてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 減免を必要とする理由 |  |