

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る
介護保険料減免申請書

令和〇年〇月〇日

松島町長 あて

申請者氏名	介護 一郎	被保険者との関係	本人
申請者住所	〒981-0203 松島町根廻字上山王6-27 (電話 022-〇〇〇-〇〇〇)		

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したこと等による介護保険料の減免の特例に関する規則第4条の規定に基づき、介護保険料の減免を申請します。

なお、この申請に係る審査のために必要がある場合、申請者の所得状況について調査を行うことに同意します。

介護保険第1号被保険者の方(65歳以上の方)のお名前を記入してください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続		
被保険者	氏名	介護 一郎	被保険者番号	0123456789
	生年月日	昭和12年 3月 4日		
	住所	〒981-0203 松島町根廻字上山王6-27 (電話 022-〇〇〇-〇〇〇)		
主たる生計維持者 <small>※被保険者本人若しくはその同一世帯に属する方</small>	氏名	介護 太郎	被保険者との関係	子
	生年月日	昭和34年 5月 6日		
	住所	〒981-0203 松島町根廻字上山王6-27 (電話 022-〇〇〇-〇〇〇)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input checked="" type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 (事業収入状況及び収入見込みを別紙に記入してください) <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業等の廃止、又は失業			
備考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください)				

添付書類	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、死亡又は重篤な傷病を負ったことが確認できるもの <input checked="" type="checkbox"/> 収入減少がわかるもの <input type="checkbox"/> 事業の廃止、又は失業がわかるもの
------	---

町受付印
減免申請受付No.

【町記入欄】

対象期別	年度 第 期 ~ 年度 第 期		
保険料額	年度 円	減免額	年度 円
	年度 円		年度 円