

介護保険料減免・徴収猶予申請書

羽幌町長様

次のとおり令和3年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

| | |
|-------|----------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

| | | | |
|-------|----------|--------|--|
| 申請者氏名 | 印 | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 ー 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 | |
| | フリガナ | |
| | 被保険者氏名 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 ー 電話番号 |

| | |
|------|---|
| 申請理由 | <p>1 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った世帯</p> <p>2 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次の2項目に該当する世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が、前年の当該事業収入の額の10分の3以上である。 ・減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の合計額が400万円以下である。 |
|------|---|

※ 該当する申請理由の番号に○を付けてください。

| | |
|------|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 診断書（申請理由1に該当する方） <input type="checkbox"/> 収入の減少が確認できるもの（申請理由2に該当する方） |
|------|--|

同意書

介護保険料の減免のために必要がある時は、私及び私の世帯員の資産、収入・所得状況及び課税状況について、担当する職員が関係機関若しくは関係人に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

羽 幌 町 長 様