様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

介護保険料減免申請書（新型コロナウイルス感染症関連）

　南関町長　様

（申請者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

被保険者との関係（　　　　　）

　新型コロナウイルス感染症の影響により、介護保険料の納付が困難であるため、関係書類を添えて介護保険料の減免を申請します。

　１．減免を受けようとする者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※主たる  生計維持者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※主たる生計維持者が被保険者本人の場合、氏名以外は記入不要

　２．減免を必要とする理由

|  |
| --- |
| □　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。 |
| □　主たる生計維持者の収入が減少したため。 |
| □　主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため。 |

３．申請に関する同意

|  |
| --- |
| □　この申請に関し、私の世帯等について必要な課税資料の閲覧及び関係機関への照会について同意します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **減免を受けようとする保険料額** | | | 円 |  | | | |
|  | 特別徴収 | 普通徴収 | 納付期限 |  | 特別徴収 | 普通徴収 | 納付期限 |
| ４月 |  |  | 年 　月 　日 | １０月 |  |  | 年 　月 　日 |
| ５月 |  |  | 年 　月 　 日 | １１月 |  |  | 年 　月 　日 |
| ６月 |  |  | 年 　月 　日 | １２月 |  |  | 年　 月　　日 |
| ７月 |  |  | 年 　月 　 日 | １月 |  |  | 年 　月 　日 |
| ８月 |  |  | 年 　月 　日 | ２月 |  |  | 年 　月 　日 |
| ９月 |  |  | 年 　月 　 日 | ３月 |  |  | 年 　 月 　 日 |

※職員記入欄　　受付者（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険料段階 | 送付先 | 口座 | 認定 | 滞納・分納相談 |
| 令和　 年第 　　　段階  令和　 年第 　　　段階 | 有  無 | 有  無 | 有 → 利用料減免　該当・非該当  無 | 有  無 |