

介護保険料減免申請書

いすみ市長 様

次のとおり 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	印	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												
	フリガナ												
	氏名											生年月日	年 月 日
												性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号											

申 請 理 由	減免を受けようとする事由 (当てはまる□にチェックしてください)	
	新型コロナウイルス感染症により	
	<input type="checkbox"/>	(1) 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
	<input type="checkbox"/>	(2) 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため
	<input type="checkbox"/>	(3) 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため

添付書類 (主たる生計維持者に係るもの)

減免事由が(1)の場合 死亡診断書又は医師の診断書

減免事由が(2)の場合 収入等申告書 (様式第 1 号)

※収入等申告書には、給与明細書、帳簿、通帳、確定申告の写し、源泉徴収票など証明できるものを添付してください。

減免事由が(3)の場合 事業等の廃止又は失業を証明する書類 (廃業届出書、退職証明書、解雇通知書等)