（新型コロナウイルス感染症用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

介護保険料減免申請書

佐用町長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

住　　所

　　　氏　　名

　　　電話番号

佐用町介護保険条例第１２条第１項の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。なお、申請にあたって、減免の審査において所得等の確認が必要な場合は、佐用町長が申請者の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

記

１　被保険者等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 |  | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 主に世帯の生計を 維持している人  （主たる生計維持者） | □申請者と同じ（申請者と別の場合は下の欄に記入してください） | | | |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  |

２　保険料の額等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 期別 | 納期限 | 保険料額 | 年度 | 期別 | 納期限 | 保険料額 |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  | 年　月　日 |  |
|  | | | | 合計保険税料 | | 令和２年度 |  |
|  | | | | 令和３年度 |  |

３　申請理由

|  |
| --- |
| □**新型コロナウイルス感染症によって生計を主として維持する者が死亡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って生計を主として維持する者の事業収入等（事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入）の減少が見込まれるため。** |