

介護保険料減免申請書

（あて先）笠松町長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

介護保険料の減免に関する審査のため、必要があるときは私と私の属する世帯の収入、資産の状況等について、健康介護課の職員が関係機関又は関係人に情報照会し報告を求めることに同意します。

申請者

申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号		

第一号被保険者（申請者が第一号被保険者本人の場合、氏名及び住所欄の記入は不要です。）

フリガナ		個人番号	
氏名		被保険者番号	
		生年月日	年 月 日
住所	〒		
	電話番号		

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が <input type="checkbox"/> 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"/> 主たる生計維持者の収入が減少することが見込まれたため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため		
減免対象	保険料額	円	
	納付方法	<input type="checkbox"/> 普通徴収	年 月 日 から 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 特別徴収	年 月 から 年 月
添付書類	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により死亡したことがわかる書類 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により重篤な傷病を負ったことがわかる書類 <input type="checkbox"/> 平成31年・令和元年及び令和2年の収入、所得がわかる書類 <input type="checkbox"/> 廃業、失業したことがわかる書類 <input type="checkbox"/> 補填される収入がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他（ ）		