

介護保険料減免申請書

琴平町長 様

次のとおり、 年度の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 | フリガナ氏名 | | 被保険者との関係 | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | ()ー |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は不要です。

| | | | | |
|-------|----------------|-------|------|-------|
| 被保険者等 | フリガナ氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 琴平町 | 電話番号 | ()ー |
| | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | 世帯の主たる生計維持者の氏名 | | | |

※該当する次の数字に○をつけてください。

| | | |
|------|---|--|
| 申請理由 | 1 | 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第1号被保険者 |
| | 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、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のア及びイのいずれにも該当する第1号被保険者 ア 世帯の主たる生計維持者について、事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により填補されるべき金額を控除した額）が令和元年の当該事業収入等の10分の3以上であること。 イ 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の令和元年の所得の合計額が400万円以下であること。 |

介護保険料の減免を受けるにあたり、私及び私の世帯員の収入状況について、町が調査し、雇用主等に対して報告を求めることについて同意します。

(第1号被保険者) 氏名 _____ 印 _____
(添付書類)

- 医師の診断書等（上記1に該当する方）
- 収入の減少が確認できるもの（上記2に該当する方）
- 新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の状況申告書（上記2に該当する方）
- その他（ _____ ）