

年 月 日

介護保険料減免申請書

甲佐町長 様

次のとおり、 年度分介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	印	被保険者との関係
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	0 0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年	明・大・昭
	氏名		月 日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
	住所	電話番号		

生計維持者	氏名		被保険者との関係	
	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伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。		
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が、死亡または重篤な傷病を負ったため		
	<input type="checkbox"/> 収入が減少したため		
	<input type="checkbox"/> 事業を廃止または失業したため		

介護保険料徴収減免の決定又は実施のために必要があるときは、私(生計を一にする世帯全員、扶養親族等)の収入の状況及び新型コロナウイルス感染症に係る情報について、町長が税務関係当局に報告を求めること及び官公署に照会し、又は、銀行信託会社、雇主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

氏 名 印