

別記様式第4号（第5条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

日高町長 様

次のとおり令和 年度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				減免対象者との続柄
申請者住所	〒	—	電話番号	— —

減免対象者	フリガナ				被保険者番号															
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ																		
	生年月日	年	月	日	性別	男・女														
	住所	〒	—	電話番号	—	—														

主たる生計維持者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ			減免対象者との続柄	
	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い、下記の理由により納付が困難な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"/> 主たる生計維持者が事業を廃止または失業をしたため				
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため				

同意書

本申請に伴う減免（却下）決定について必要な場合は、私と私の属する世帯員に関し、税務課およびその他関係機関に照会し、情報共有することに同意します。	
申請者氏名： _____	