

附則様式第2号(附則第8項関係)

新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少等に係る介護保険料減免申請書

年 月 日

平川市長 様

平川市介護保険条例附則第13項の規定により、次のとおり申請します。

被保険者番号		個人番号	
被保険者住所		電話番号	
被保険者氏名			
被保険者前住所		平川市への転入日	
主たる生計維持者住所		個人番号	
主たる生計維持者氏名 (被保険者との関係)	( )	電話番号	
申請者住所		電話番号	
申請者氏名 (被保険者との関係)	( )		
期別	期別保険料額	減免を受けようとする理由	
第1期(4月)	円	<input type="checkbox"/> 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったこと。 <input type="checkbox"/> 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれること。	
第2期(6月)	円		
第3期(8月)	円		
第4期(10月)	円		
第5期(12月)	円		
第6期(2月)	円		
第7期	円		
	円		
合計	円		

注1 期別の( )は、特別徴収の場合です。

注2 減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。