

新型コロナウイルス感染症に関する山田町介護保険料軽減申請書

令和 年 月 日

山田町長 様

(申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との関係( \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

次のとおり、介護保険料の減額・免除を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	大・昭
	フリガナ			年 月 日
	氏 名		性 別	男・女
	住 所	〒 _____		

申 請 理 由	新型コロナウイルス感染症の影響により、 1. 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負ったこと。 2. 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれること。 3. その他 ( _____ ) ※該当する番号に○をつけてください。			
生 計 維 持 者	フリガナ		生年月日	大・昭・平
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 _____		

※被保険者本人が生計維持者である場合は記入不要です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 収入状況等申告調書(別紙) ※以下は該当する申請理由によって、必要な書類を提出してください。 <input type="checkbox"/> 死亡届、または医師の診断書等 …申請理由が1の場合 <input type="checkbox"/> 感染症の影響による収入の減少が確認できる書類 …申請理由が2の場合 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
------------------	--	--	--	--

同 意 書	私は、山田町介護保険条例附則第11条、及び山田町介護保険条例施行規則附則第3条に基づく介護保険料減額・免除申請に係る関係書類の内容確認について必要がある場合には、山田町長寿福祉課介護保険係職員が私、私の属する世帯の世帯員及び主たる生計維持者に係る税情報等を調査することに同意します。 <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____</p>			
-------------	--	--	--	--