

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

(申請者) 住所 岡崎市十王町二丁目9番地

氏名 介護 太郎

(被保険者との関係 本人)

(電話 0564 - 23 - 6647)

次のとおり令和 4 年度介護保険料の減免を申請します。なお、被災の状況、私及び世帯員並びに関係者の収入状況等を、調査することに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号	1234567890	個人番号	123456789012
	フリガナ	カイゴ タロウ		
	氏名	介護 太郎	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒444 - 8601 岡崎市十王町二丁目9番地 電話番号 0564 - 23 - 6647		
生 計 維 持 者 主 たる	氏名	介護 一郎	被保険者との関係	長男
	住所	〒 - 同上		

申 請 理 由 該 当 す る 理 由 1 か ら 4 の い ず れ か を 記 入 し て く だ さ い。	1. 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡した。 ・死亡した日：令和 年 月 日								
	2. 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病を負った。 ・入院先の医療機関名：() ・入院期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
	3. 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が事業を廃止し又は失業した。 ・事業等の廃止：(廃止日 令和 年 月 日)(事業所名) ・失業：(退職日 令和 年 月 日)(会社名)								
	④ 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者の事業収入等が減少した。 ・3割以上の減少が見込まれる事業収入等の詳細(様式第4号に記入しても可)								
	<table><thead><tr><th>収入の種類</th><th>令和3年分の収入(実績)</th><th>令和4年分の収入(見込み)</th></tr></thead><tbody><tr><td>給与</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/>営業 <input type="checkbox"/>不動産 山林</td><td>3,000,000円</td><td>1,550,000円</td></tr></tbody></table> ・減少する事業収入等に対する保険金、損害賠償等による補填の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し (“有り” の場合の補填金額 _____円)	収入の種類	令和3年分の収入(実績)	令和4年分の収入(見込み)	給与	円	円	<input checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 不動産 山林	3,000,000円
収入の種類	令和3年分の収入(実績)	令和4年分の収入(見込み)							
給与	円	円							
<input checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 不動産 山林	3,000,000円	1,550,000円							

被保険者ごとそれぞれ申請書の提出が必要です。

本申請書に申請に必要な書類を添付して提出してください。