

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

次のとおり、令和4年度介護保険料の減免を申請します。

また、要件の確認のために、市において必要がある場合には、必要な文書の閲覧又は資料の提供及び関係人に報告を求めることに同意します。

なお、申請に伴う申告内容の虚偽又は不備のため、この申請に基づく処分が取り消されても異議はありません。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係( \_\_\_\_\_ )

申請者住所 \_\_\_\_\_ 電話番号( \_\_\_\_\_ )

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ												生年月日	年 月 日						
	氏名												性別	男 ・ 女						
	住所												電話( _____ )							
生 計 中 心 者	フリガナ												被保険者との 関係							
	氏名																			
	生年月日	年 月 日											性別	男 ・ 女						
	住所												電話( _____ )							
当てはまる申請理由をチェックするとともに、必要な事項を記入してください。																				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な疾病を負った <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が事業を廃止し又は失業した <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる																				
上記申請理由の状況																				

【添付書類】

収入状況報告書（申請理由が世帯の主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる場合）

申請理由を証明する各種書類

※必要に応じて、追加で添付書類をお願いする場合があります。