

その 1

介護保険料 減免申請書

(宛先)
枚方市長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

※ 申請者が被保険者本人の場合住所・電話番号は不要です。		申請年月日	年	月	日
申請者	氏名	被保険者との続柄			
	* 住所	* 電話番号			

被保険者	被保険者番号	個人番号			
	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名				
	住所	電話番号			

主たる生計維持者	氏名	個人番号			
	住所	電話番号			

減免を受けようとする保険料額

特別徴収		普通徴収		普通徴収の場合の納期限
納入月	保険料額	納期	保険料額	
4月分	円			
6月分	円	1期(6月分)	円	年 月 日
		2期(7月分)	円	年 月 日
8月分	円	3期(8月分)	円	年 月 日
		4期(9月分)	円	年 月 日
10月分	円	5期(10月分)	円	年 月 日
		6期(11月分)	円	年 月 日
12月分	円	7期(12月分)	円	年 月 日
		8期(1月分)	円	年 月 日
2月分	円	9期(2月分)	円	年 月 日
		10期(3月分)	円	年 月 日
計	円	計	円	

申請理由	(該当する理由の□欄に✓マークをつけてください)
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、私の世帯の主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、私の世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入、または給与収入の減少見込額(保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額)が、前年の当該事業収入等の額の10分の3以上となるため。