

岩見沢市介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

申請者 住所 岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号〇〇〇ハイツ〇〇〇号室氏名 岩見 太郎 ⑩電話番号 〇〇〇〇-(〇〇)-〇〇〇〇

介護保険料について減免を受けたいので、岩見沢市介護保険条例第11条第1項第5号の規定により申請します。なお、
同一世帯に2人以上対象の被保険者がいる場合は、お手数ですが被保険者ごとに申請書をご記載ください

1 対象者

被保険者番号						氏名	岩見 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生						
0	0	0	0	1	2										
0	0	0	0	1	2	3	4	5	6						
(生計を主として維持する方)						氏名	岩見 二郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生						

以下の(1)～(3)より該当するものに○を付けてください。

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第1号被保険者
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれる第1号被保険者
- (3) 新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の主たる生計維持者が事業を廃止又は失業した第1号被保険者

2 収入が減少する理由 (上記対象者の(2)、(3)に該当する方のみご記入ください)

収入が減少する理由 (具体的にご記入ください)	主たる生計維持者である岩見二郎の勤務先の業績が新型コロナウイルス感染症の影響により悪化し、それに伴い勤務日数が減少し収入が減少したため。
----------------------------	--

3 減少が見込まれる収入 (上記対象者の(2)、(3)に該当する方のみご記入ください)

収入の種類	令和2年中の額	新型コロナウイルス感染症により減少することが見込まれる額	保険金等により補填される額
事業収入	円	円	円
不動産収入	〇〇〇〇〇〇円	円	円
山林収入	円	円	円
給与収入	〇〇〇〇〇〇円	〇〇〇〇〇〇円	〇〇〇〇〇〇円

減免申請に基づく、私及びその属する世帯の世帯員の市町村民税の内容を減免認定の目的で利用するご

給与明細書、帳簿などを参照し記載してください。保険金・損害賠償等の支払いがあった場合はその金額を記載してください。

被保険者氏名 岩見 太郎 ⑩世帯員氏名※ 岩見 二郎 ⑩

※生計を主として維持する方をご記入ください