

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 _____

氏名 _____ ⑩

電話番号 _____ () _____

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、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、介護保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

記

1 対象者

被保険者番号										氏名	生年月日	年	月	日生
0	0	0	0											
(生計を主として維持する方)										氏名	生年月日	年	月	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)	
----------------------------	--

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	円	円	円
山林収入	円	円	円
給与収入	円	円	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ことについて同意いたします。

被保険者氏名 _____ ⑩

世帯員氏名※ _____ ⑩

※生計を主として維持する方をご記入ください