

介護保険料減免申請書

年 月 日

七戸町長 様

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 (電話番号)		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者氏名・住所、電話番号の記入は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			個人番号
	氏名			生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒 (電話番号)		
生 計 維 持 者	氏名			個人番号
				本人との関係
	住所	〒 ※被保険者と同一の場合は記入不要 (電話番号)		

申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため

<input type="checkbox"/> 被保険者及び生計維持者の属する世帯に関する、前年の所得状況の情報確認に同意します。
--

減免申請する令和 年度分の介護保険料							
普通徴収額（円）							
期 別	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	随期
納期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保険料							
特別徴収額（円）							
期 別	4月	6月	8月	10月	12月	2月	/
納期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
保険料							

- ※注意 1 減免は、令和 年の収入等が前年より3割以上減少する見込みであることを予測して決定します。
 2 町では、実際に収入等が減少したかどうかは翌年の申告を終えて確認することができます。
 3 減免の全部又は一部が取り消しになった場合、翌年度に当該年度分の保険料を1回の納期で請求することがあります。