

# 介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

阿南市長 様

次のとおり、令和 年度分の介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	印	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、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号		3	6	2	0	4	6
	氏名		被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
	住所	〒								
	電話番号									

申 請 内 容	(主たる生計維持者)									
	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日生			
	住所	〒								
	電話番号									

申 請 内 容	(減免を受けようとする保険料の額及び納期限)									

申 請 内 容	(申請理由)									
	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。 <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し又は失業したため									

同 意 欄	<input type="checkbox"/> この減免申請に伴いその決定のために必要があると認めるときは、私及び私の世帯員に関し、税務課その他関係機関に対して、必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※減免を必要とする理由が証明できる書類を添付してください。