

介護保険料減免・徴収猶予申請書

申請年月日 令和 年 月 日

永平寺町長 殿

下記のとおり 年度分介護保険料の減免について、関係資料を添えて申請します。

また、この申請に関する要件の確認のため、必要な場合は関係機関に照会・調整することに同意します。

【被保険者の氏名及び住所】

被保険者番号			
フリガナ		性別	男・女
被保険者氏名	㊟	生年月日	明大昭 年 月 日
住所	〒 電話番号 ()		

【申請者】※申請者が被保険者本人の場合は、住所・電話番号の記入は不要です。

申請者氏名	㊟	被保険者との関係	
住所	〒 電話番号 ()		

【被保険者の世帯において、主たる生計維持者の氏名】

フリガナ	
主たる生計維持者氏名	

減免を受けようとする保険料の月分及び額	年 月分から 年 月分まで
	円

申請事由 (該当する事由に○ で囲んでください)	1. 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った。
	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の減少が見込まれる。