

様式第1号（第4条関係）

介護保険料減免申請書

年 月 日

行田市市長

次のとおり令和 年度分の介護保険料の減免を受けたいので申請します。

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、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号															
	フリガナ												生年月日	年 月 日		
	氏名	㊟											性別	男 ・ 女		
	住所	〒 電話番号														
生 計 維 持 者	氏名											被保険者との関係				
	住所	〒 電話番号														

申請理由（※該当する次の(1)から(3)までのいずれかの理由に○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ため。
(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（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のいずれにも該当するため。 ア 事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上であること。 イ 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下であること。
(3)	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が廃業又は失業したため。

添付書類（写し可）

- 診断書等（申請理由(1)に該当する方）
- 収入の減少が確認できるもの（申請理由(2)に該当する方）
- その他申請理由を証明する書類