

介護保険料徴収猶予・減免申請書

中野区長 あて

年 月 日

次のとおり、平成31年度・令和2年度分介護保険料の減免を申請します。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				
	電話番号				

対象月	令和2年2月分～令和2年3月分	対象保険料額	円
	令和2年4月分～令和3年3月分	対象保険料額	円

申 請 理 由	該当する□にチェックを入れてください。		
	<input type="checkbox"/>	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死亡又は重篤な傷病を負ったため	
	<input type="checkbox"/>	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収入が減少したため	
		収入減少の割合は、別添「新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した方の介護保険料減免申請額算出表」のとおり。確認資料として次の書類を添付します。	
		.	
	<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が事業等を廃止した。または失業した。	
	<input type="checkbox"/>	保険金、損害賠償等により補填される金額がある。(特別定額給付金、持続化給付金等は除く。)	

申請者： 被保険者本人 被保険者以外 (どちらかの□にチェックを入れてください。)

※申請者が被保険者本人の場合は、記入不要

申 請 者	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

所 見	
--------	--

処 理 欄	受付日： 年 月 日			
	受 付		入 力	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 調査