

介護保険料減免申請書

いの町長 殿

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

なお、主たる生計維持者は、この減免申請に伴いその決定について必要な場合は、税務部局その他関係機関に照会し、報告を求めることに同意します。

1 申請者

氏名	㊞	減免対象者との続柄	
住所	電話番号 — —		

2 減免対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	電話番号	— —

3 主たる生計維持者(世帯主)

氏名	㊞	生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	電話番号	— —

4 申請理由

- 主たる生計維持者(世帯主)が死亡又は重篤な傷病を負ったため
- 主たる生計維持者(世帯主)が事業を廃止又は失業をしたため
- 主たる生計維持者(世帯主)の収入が減少したため

5 減免対象保険料

※減免対象保険料については、いの町記載欄で、ご記入は不要です。

通知番号		
令和4年度	第1～8期	随期分