

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

年 月 日

北 広 島 町 長 様

申 請 者 住 所 北広島町

氏 名

電話番号 () -

※昼間に連絡が取れる電話番号を記入してください。

私は、新型コロナウイルス感染症の影響により、次のとおり減免を申請します。

申請にあたっては、私及び私の属する世帯の世帯員の市町村民税課税台帳及び課税資料等を調査確認されることに同意します。また、これらを確認されることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

申請内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる減免を取り消されても異議を申し立てません。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0							生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	フリガナ											性 別	男 ・ 女					
	被保険者氏名																	
	住 所	〒 731- 北広島町										電話番号 () -						

1 減免を受けようとする理由

申請理由 (該当する番号・理由に○印をしてください。)		添付書類 (該当項目に☑印をし、写しを添付してください。)	
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し又は重篤な傷病を負ったため	<input type="checkbox"/> 死亡診断書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入が減少したため [収入減少 ・ 事業の廃止 ・ 失業] ※いずれかに○をしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 令和元年中の収入がわかる書類 <input type="checkbox"/> 確定申告書・源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 帳簿 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 令和2年中の収入がわかる書類 <input type="checkbox"/> 給与明細書 <input type="checkbox"/> 帳簿 <input type="checkbox"/> 保険金等の補填金額が確認できる書類 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> (事業の廃止の場合) <input type="checkbox"/> 廃業届 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> (失業の場合) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 ≪雇用保険受給資格者証がない場合≫ <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 退職証明書 <input type="checkbox"/> 解雇通知書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯の主たる生計維持者		氏名	続柄

2 減免申請年度 (該当する年度に☑)

平成31年度 令和2年度