

第1号様式(第3条関係)

介護保険料減免申請書

高取町長 殿

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( )		

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ												生年月日	大・昭 年 月 日						
	氏名												性別	男 ・ 女						
	住所	〒 電話番号 ( )																		

申請理由	① 新型コロナウイルス感染症により、第一号被保険者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こと。
	② 新型コロナウイルス感染症の影響により、第一号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のア及びイまでに該当すること。 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填されるべき金額があるときは、当該金額を控除した額）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 減少すること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。

添付書類

診断書等（①に該当する者）

収入の減少が確認できるもの（②に該当する者）

・前年の収入が確認できるもの（確定申告書（控）、源泉徴収票など）  
・現年の収入が確認できるもの（売上帳、給与明細書など）