

介護保険料減免申請書（新型コロナウイルス感染症減免用）

令和 年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者	住 所
	氏 名

いちき串木野市介護保険条例第11条の規定により、介護保険料の減免を申請します。

具体的理由 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う、下記の理由による。 <input type="checkbox"/> 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"/> 主たる生計維持者が事業等の廃止又は失業をしたため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため				
年 度	収 納 番 号 (被保険者番号)	年 額	減免対象期別保険料額	
			期別	保険料額

現況申立事項

被保険者住所		いちき串木野市				
被保険者氏名						
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日				
所得状況等		職業	勤務先	年収見込額		所有資産の状況
世帯状況	続柄	氏名	性別	年齢	職業	年収見込額

- (注) 1 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。
 2 収入見込額の状況は、正確に記入してください。