様式第９号（附則第3条関係）

　　　年　　　月　　　日

**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**

野辺地町長　あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番　　　号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |
| ふりがな |  | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 | 　　 | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　 |

　次のとおり関係書類を添えて、介護保険料の減免を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）生計維持者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被保険者との関係 |  |

介護保険料額　　年額　　　　　　　　　　　　円

期別保険料額　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　円

【減免を受けようとする理由】　（どちらかに☑）

新型コロナウイルス感染症の影響により

* 第１号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し、または重篤な傷病を負った。
* 第１号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入、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、次のア及びイのいずれにも

該当する。

ア：事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償金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）が前年の当該収入等の額の１０分の３以上である。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 同 意 欄 | 介護保険料減免の要件確認のため、私の世帯の収入状況等について、必要な資料を関係機関及び町の関係課に照会することに同意します。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |