

介護保険料減免申請書

嘉島町長 様

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 個人番号 電話番号		

被保険者番号												
フリガナ									生年月日	年 月 日	性別	男・女
被保険者氏名												
被保険者住所	〒 個人番号 電話番号											

申請理由 ※該当する(1)又は(2)に○を付けてください。	(1)	新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った世帯	※診断書等を添付してください。
	(2)	<p>新型コロナウイルス感染症の影響により、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、次のア及びイに該当する世帯</p> <p>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てんされるべき金額を控除した額）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。</p> <p>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。</p>	<p>※収入の減少が確認できるものを添付してください。</p> <p>・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）</p> <p>・現年の収入が確認できるもの（売上帳、給与明細書など）</p>

介護保険料減免の決定又は実施のために必要があるときは、私(生計を一にする世帯全員、扶養親族等)の資産及び収入の状況等について、町長が税務関係当局に報告を求めると及び官公署に照会し、又は、銀行信託会社、雇主その他の関係人に報告を求めるとに同意します。

氏 名