様式第8号（附則第2条関係）

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

蓬田村長様

次のとおり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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる生計維持者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者との関係 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を受けようとする  理由 | | □(1)　新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため  □(2)　新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入等の減少が見込まれるため  □(3)　新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の生計を主として維持する者が廃業または失業したため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を必要とする  保険料 | | 納　期　限 | | | | | | | | | | | 対　象　保　険　料 | | | | | | | | | | | | |
| ～ | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 添　　付　　書　　類 | | 理由が(1)の場合　診断書の写し等  理由が(2)の場合　収入の減少が確認できる書類と前年の収入状況が確認できる書類等  理由が(3)の場合　退職証明書、解雇通知書、雇用保険受給者資格者証、廃業届等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * なお、私と私の属する世帯に関し、住民課が保健所への新型コロナウイルス感染症に係る情報照会及び税務課と情報共有することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |