

新型コロナウイルス感染症にかかる介護保険料減免申請書

播磨町長様

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	⑩	被保険者との関係
申請者住所	〒 電話番号 () -	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

【被保険者】①

被保険者氏名	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者住所	〒 電話番号 () -	

【被保険者】②※同じ世帯の中で、同時に減免申請をする方がいる場合のみ、記入してください。

被保険者氏名	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日

【被保険者】③※同じ世帯の中で、同時に減免申請をする方がいる場合のみ、記入してください。

被保険者氏名	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日

【主たる生計維持者】

氏名	
----	--

申請理由	<input type="checkbox"/> 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ため。 <input type="checkbox"/> 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等（給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入）のいずれかが、前年と比較し3割以上減少が見込まれるため。
------	--