

記載例

介護保険料減免申請書

連絡の取れる時間と電話番号を記入してください。

年 月 日

大崎市長 様

下記の申請事由の該当する番号に○を記載

申請者 住所 大崎市古川七日町1-1
 氏名 大崎 花子 電話(〇〇 - 〇〇〇〇)
 例 : 平日の18:30~19:30

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したことにより、介護保険料の減免を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請事由	1. 生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第1号被保険者のため 2. 事業等を廃止し、又は失業したことにより、世帯収入の減少が見込まれる第1号被保険者のため ③ 上記1及び2以外の事由により、収入の減少が見込まれる第1号被保険者のため
------	--

納税義務者 (被保険者) 氏名	年齢	続柄	備考
大崎 花子	66	妻	
大崎 太郎	68	世帯主	

生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合	診断書の写し等（状況がわかるもの）
事業の廃止や失業の場合	① 事業廃止届の写し 以下の2点のいずれか（失業の場合） ② 雇用保険被保険者離職票の写し ③ 雇用保険受給資格者証の写し

収入が減少した所得

生計維持者の収入項目	減少した収入額	前年の合計所得金額	減少する収入以外の所得合計額	備考
給与収入				
事業収入				
不動産収入				
山林収入				
保険金、損害賠償等の補填金額				

記入不要（別紙様式に記入）

処理欄

区分	税務課			備考
決議	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
通知	年 月 日	年 月 日	年 月 日	