

介護保険料減免申請書

記入

余市町長 様

令和 年 月 日

フリガナ	
申請者氏名	⑤
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____

申請者が、被保険者と同じ場合は、記入の必要はありません。

日中連絡のつく電話番号を記入してください。

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・氏名の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0	⑤	介護保険被保険者証の番号を、記入してください。
	フリガナ			
	氏名		⑤	
	生年月日	昭和 年 月 日		
	住所		電話番号 _____	
主たる生計維持者	フリガナ			
	氏名		⑤	被保険者のとの続柄 _____
	住所		電話番号 _____	被保険者との続柄を記入してください。

減免を申請する方のお名前等を記入してください。

主たる生計維持者の氏名を記入してください。

※主たる生計維持者とは、被保険者と同一世帯に属する者であり、世帯の生計を主として維持する者

新型コロナウイルス感染症	①	<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症により死亡し、又は重篤な傷病を負ったため
	②	<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症の影響により、事業を廃止又は失業したため
	③	<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者の収入が新型コロナウイルス感染症の影響により、減少したため
添付書類	①	<input type="checkbox"/>	申請理由① 死亡診断書、り患したことがわかる書類(診断書等)
	②	<input type="checkbox"/>	申請理由② 廃業・失業を証明する書類の写し(退職証明書、解雇通知書、休業届けなど)
	③	<input type="checkbox"/>	申請理由③ 収入等の内容により添付書類が異なりますので、お問い合わせください。

該当する項目にチェックをつけてください。

り、納付が困難であるため、減免を申請します。

※その他追加で資料をお願いすることがありますのでご了承ください。

【留意事項】 ・減免の可否については、後日ご連絡いたします。

問い合わせ先

問い合わせ先

余市町民生部保険課介護保険グループ 電話 0135-21-2119