

記載例

様式第1号（第4条関係）

介護保険料減免申請書

矢吹町長 様

次のとおり平成31年度・令和2年度介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	令和2年〇月〇〇日
申請者氏名	矢吹 太郎 押印	被保険者との関係 本人
申請者住所	〒969-0296 矢吹町一本木101 電話番号（日中連絡の取りやすい電話番号を記載下さい。） 090-1234-5678	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	77777		
	フリガナ	ヤブキ タロウ	生年月日	大・昭・平 〇年 〇月 〇日
	被保険者氏名	矢吹 太郎	性別	男・女
	住所	〒 ※被保険者と申請者が同じ場合は、省略可 電話番号		
生計維持者	フリガナ	ヤブキ 〇〇	生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日
	氏名	矢吹 〇〇	性別	男・女
	住所	〒969-0296 矢吹町一本木101 電話番号 42-2113		

主たる生計維持者を記入

事業収入等の減少額
がわかる資料を添付

申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により次の被害を受けたため

被保険者が属する世帯の主な生計維持者が

死亡した

重篤な傷病を負った

事業収入等のいずれかの減少額が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上

事業収入（事業収入・不動産収入・山林収入・給与収入）

失業または事業廃止した場合の時期・事業所名
(時期： 事業所名：)