**介護保険料減免申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　訓子府町長　様

　　令和３年度・令和４年度　介護保険料の減免を、訓子府町介護保険条例第１０条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 明･大･昭･平 　年　 月 日 |
| 氏 名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 被保険者との続柄　（　　　　）電話番号（　　　　）　　－ | | |

　※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 明･大･昭･平 　年 　月　 日 |
| 氏 名 | 印 | | | | | | | |
| 性 別 | | | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 0068    　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生計維持者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 明･大･昭･平 　年 　月　 日 |
| 氏 名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 被保険者との続柄　（　　　　）電話番号（　　　　）　　－ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　理　由  　該当するものにレ点をつけてください。 | 減　　　　　　　　　　　　免 |
| □ 新型コロナウイルス感染症の影響により生計維持者が死亡、又は重篤な傷病  □ 新型コロナウイルス感染症の影響により生計維持者が事業等の廃止、又は失業  □ 新型コロナウイルス感染症の影響により生計維持者の事業収入等が減少 |
| 原因が生じた日　　　　　　年　　　月　　　日 |

この申請のために、私及び私の世帯の世帯員の収入状況等の調査をすることについて同意します。

　　　　令和　　年　　月　　日

氏　　名　　 　　　　　　　　　　印