

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

中富良野町長 様

次のとおり、令和 年度分介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 - 電話番号 - -		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名	印		年 月 日
	住所	〒 - 電話番号 - -		
生計維持者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 - 電話番号 - -		

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。

- 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
- 主たる生計維持者の収入が減少したため
- 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため

なお、私と私の属する世帯及び主たる生計維持者に関し、福祉課が、事業収入・不動産収入・山林収入又は給与収入及び所得金額を調査すること及び税務住民課と情報共有することに同意します。