

介護保険料減免申請書

東松島市長 様

新型コロナウイルス感染症の影響による東松島市介護保険料の減免について、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、申請内容確認のために私及び私の世帯員の収入状況について、市税台帳等の閲覧及び関係機関に報告を求めることを承諾します。

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

被保険者名	被保険者番号													
	フリガナ													
	氏名												生年月日	年 月 日
	住所													

※被保険者の住所が申請者と同じ場合は、「住所」欄に同上と記載してください。

主たる生計維持者	フリガナ												生年月日	年 月 日
	氏名													

申請理由	1 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病 2 主たる生計維持者の収入減少が見込まれる 3 主たる生計維持者の失業、事業等の廃止
------	--

添付書類	1 医師の診断書 2 減少が見込まれる事業収入等の帳簿、給与明細 3 廃業届等、事業主の証明書等 4 その他証明できる書類
------	--

市記入欄	令和 年度分	令和 年度分
	賦課額 _____円	賦課額 _____円
	減免額 _____円	減免額 _____円
	減免後保険料額 _____円	減免後保険料額 _____円
承認・不承認		