

介護保険料 減免申請書

令和 年 月 日

池田町長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被保険者との関係

印

下記のとおり減免を受けたいので、申請いたします。

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏 名		印	
	住 所	〒		
		電話番号		
生 計 維 持 者	フリガナ		被保険者 との関係	
	氏 名			
	住 所	〒		
		電話番号		

対 象 額	年度	期別	納期限	保険料額

○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。

(下記のうち、該当するものに、チェックしてください。)

- 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

※下記にご承諾（チェック）をお願いいたします。

- 私と私の属する世帯に関し、申請先担当が保健所・保健福祉センターへの新型コロナウイルス感染症に係る情報照会及び、役場関係部署へ所得情報照会や情報共有することに同意します。