

様式（第9条関係）

介護保険料減免・徴収猶予申請書

那賀町長 様

次のとおり介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

申請者氏名	⑩	申請年月日	令和 年 月 日
申請者住所	〒 TEL		

* 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										
	ふりがな									生年月日	
	氏 名										年 月 日
										性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 TEL									

■減免を受けようとする保険料

賦課年度	期 別	納期限又は特別徴収対象年金給付の支払月	保険料額
令和元年度			
令和2年度			
合 計			

■生計を主として維持する者

氏 名	続 柄	生年月日	職 業	所 得

申請事由	<input type="checkbox"/> (1) 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡した <input type="checkbox"/> (2) 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> (3) 新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかの減少額が令和元年の額の10分の3以上と見込まれる
------	---