

様式第1号(第4条関係)

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

涌谷町長 殿

保険料の納付義務者

住 所

氏 名

印

電話番号

令和 年度介護保険料について減免を受けたいので下記のとおり申請いたします。

記

1 減免申請額

(1) 普通徴収

| 年度 | 1期(7月) | 2期(8月) | 3期(9月) | 4期(10月) | 5期(11月) | 6期(12月) | 合 計 |
|----|--------|--------|--------|---------|---------|---------|-----|
|    |        |        |        |         |         |         |     |
|    | 7期(1月) | 8期(2月) |        |         |         |         |     |
|    |        |        |        |         |         |         |     |

(2) 特別徴収

| 年度 | 1期(4月) | 2期(6月) | 3期(8月) | 4期(10月) | 5期(12月) | 6期(2月) | 合 計 |
|----|--------|--------|--------|---------|---------|--------|-----|
|    |        |        |        |         |         |        |     |

2 世帯構成等

第1号被保険者氏名 \_\_\_\_\_

世帯員

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

3 減免理由

4 添付書類

診断書・災害証明書・失業給付額の証明書・収入額を証明する書類等・その他必要書類

# 記入例

様式第1号(第4条関係)

## 介護保険料減免申請書

令和 3 年 〇〇 月 〇〇 日

涌谷町長 殿

保険料の納付義務者

住所 涌谷町字新町裏153-2

氏名 涌谷 太郎 (印)

電話番号 0229-43-2114

令和 3 年度介護保険料について減免を受けたいので申請いたします。

記

認印を押印してください。  
(シャチハタは不可です)

1 減免申請額 →空欄で可です。

(1) 普通徴収

| 年度 | 1期(7月) | 2期(8月) | 3期(9月) | 4期(10月) | 5期(11月) | 6期(12月) | 合計 |
|----|--------|--------|--------|---------|---------|---------|----|
|    |        |        |        |         |         |         |    |
|    | 7期(1月) | 8期(2月) |        |         |         |         |    |
|    |        |        |        |         |         |         |    |

(2) 特別徴収

| 年度 | 1期(4月) | 2期(6月) | 3期(8月) | 4期(10月) | 5期(12月) | 6期(2月) | 合計 |
|----|--------|--------|--------|---------|---------|--------|----|
|    |        |        |        |         |         |        |    |

2 世帯構成等 →空欄で可です。

第1号被保険者氏名

世帯員

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

該当する要件の番号を記入してください。

- 【1】 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った方
- 【2】 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる方

3 減免理由

4 添付書類

診断書・災害証明書、生業給付額の証明書、収入額を証明する書類等、その他必要書類

添付する書類は該当する要件により異なりますので、『新型コロナウイルス感染症による減免制度のお知らせ』をご確認ください。