

新型コロナ特例減免申請書

申請年月日 年 月 日

国東市長 殿

下記のとおり 年度分介護保険料の減免について、関係資料を添えて申請します。
また、この申請に関する要件の確認のため、必要な場合は関係機関に照会・調整をすることに同意します。

【被保険者の氏名及び住所】

| | | | |
|--------|---------------|------|----------------------|
| 被保険者番号 | | | |
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | 明 大 昭 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | |

【申請者】 申請者が被保険者本人の場合は、住所・電話番号の記入は不要です。

| | | | |
|-------|---------------|--------------|--|
| 申請者氏名 | | 被保険者 との関係 | |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | |

【被保険者の世帯において、主たる生計維持者の氏名】

| | |
|----------------|--|
| フリガナ | |
| 主たる生計 維持者氏名 | |

| | | |
|-------------------------|--------|--------|
| 減免を受けようとする保険料の月 分及び額 | 年 月分から | 年 月分まで |
| | 円 | |

| | |
|--|---|
| 申 請 事 由 (該当する事 由に で囲ん で下さい) | 1 . 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡、又は 重篤な傷病を負った。 |
| | 2 . 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入の 減少が見込まれる。 |