

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

下記のとおり令和 4 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	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
フリガナ	クニサキ タロウ	性別	男・女
被保険者氏名	国 東 太 郎	生年月日	明大昭 年 月 日
住 所	〒 8 7 3 - 0 5 0 3 国東市国東町鶴川 1 4 9 番地 電話番号 0 9 7 8 ( 7 2 ) 1 1 1 1		

【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	国 東 太 郎	被保険者との関係	本 人
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	クニサキ サキチ
主たる生計維持者氏名	国 東 佐 吉

減免を受けようとする保険料の月分及び額	令和 4 年 4 月分から 令和 5 年 3 月分まで
	記載不要 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。