

介護保険料減免申請書

さぬき市長 殿

次のとおり介護保険料の減免を受けたいので、さぬき市介護保険条例附則第8条第1項の規定に基づき、その理由を証明する書類を添えて、下記のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ				個人番号							
	氏 名	生年月日	明・大・昭		年	月	日					
		性別	男・女									
	住 所	〒 電話番号										

※申請者が被保険者本人の場合は、被保険者住所・電話番号の記載は不要です。

生 計 維 持 者	フリガナ				被保険者との関係							
	氏 名	生年月日	明・大・昭		年	月	日					
		性別	男・女									
	住 所	〒 電話番号										

申請の理由	<input type="checkbox"/> 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し、又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 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、不動産収入、山林収入又は給与収入が10分の3以上減少し、又は減少する見込みであるため <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

同意欄	<input type="checkbox"/> 介護保険料の減免の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の収入の状況その他必要事項について、さぬき市の職員が調査することに同意します。
-----	--