

介護保険料減免申請書

（宛先）えびの市長

申請者住所
 申請者氏名
 被保険者との関係

えびの市介護保険条例附則第10条の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。

1 被保険者等

カナ		被保険者証番号	
氏名		電話番号	
住所			
生計維持者氏名			
生計維持者住所			

2 申請理由

該当する次の（1）、（2）に○を付けてください。	
（1）	新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第1号被保険者
（2）	新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のア及びイいずれにも該当する第1号被保険者 ア 事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。 イ 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。

添付書類

- 診断書の写し（1）に該当する場合 収入の減少が確認できる書類（2）に該当する場合

3 保険料の額

納期	納期限	保険料額	納期	納期限	保険料額
		円			円
		円			円
		円			円
合計保険料額					円

注意事項

減免を受けようとする理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申し出ること。