様式第１号（第５条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

　　年　　月　　日

（宛先）久慈広域連合長

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代理人の場合　住　　所

電話番号　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　）

次のとおり、令和　　年度分介護保険料の減免を申請します。

また、要件確認のために必要な場合には、世帯の主たる生計維持者の住民税課税台帳の閲覧及び収入状況等について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  １　被保険者の氏名・住所 |  | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | 性　　別 | | | | 男　・　女 | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | |

２　主たる生計維持者の氏名・住所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |

３　減免を受けようとする保険料の額等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減免を受けようとする保険料の額 | 普通徴収 | 年度 第　　期 ～ 第　　期 |
| 円 | 特別徴収 | 年　　月分 ～ 　　　年　　月分 |

４　申請理由

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 |  |