

介護保険料減免申請書

岩出市長 様

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

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

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	年 月 日								
		性 別	男 ・ 女								
住 所	電話番号() —										

申 請 理 由	(支払困難な理由を具体的に記入してください。)
	<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た、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により、主たる生計維持者の事業収入等が10分の3以上減少したため。
	<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廃業した、又は失業したため。