様式第10号(第12条関係)

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。) |
| * 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。 |
| * 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。 |
| * 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。 |
|  |
|  |