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。 |
|  |
|  |