

# 介護保険料減免申請書

(あて先) 一宮市長

次のとおり新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免を申請します。

なお、減免条件に該当しなくなった場合は、速やかに届け出るとともに、取消されても異議はありません。

	申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名 ※	印	被保険者との関係	本人 ・ 生計維持者		
申請者住所	〒 一宮市				
	電話番号 ( )				

※ 申請者は、被保険者またはその属する世帯の生計を主として維持する者とする。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0						
	フリガナ									
	氏名					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所	1. 申請者に同じ 2. 一宮市								

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響により、 <input type="checkbox"/> 同一世帯の主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病を負ったため。 <input type="checkbox"/> 同一世帯の主たる生計維持者の今年の(事業・不動産・山林・給与)収入が前年の当該収入よりも10分の3以上減少すると見込まれるため。 ※一宮市介護保険条例施行規則 別表第1 第9号に該当
------	--

収入減少理由につきまして、以下の事由に該当する場合は選択してください。

収入減少理由	<input type="checkbox"/> 事業等の廃止 <input type="checkbox"/> 失業
--------	--

職員確認欄<記入しないでください>

- 生計維持者の確認
- 減免理由確認(新型コロナウイルス感染症の影響によるもの・非自発的失業)
- 添付書類確認(医師の診断書・廃業届・解雇通知・源泉徴収票・給与明細書・他の証明できる書類)
- 所得のシステム確認(前年収入額・前年所得が0でない・他の前年の合計所得金額400万円以下)
- 減少率(30%以上)  
 (前年収入額－本年収入見込額)／前年収入額  %
- 収入の減少理由確認
- 他の世帯員の該当確認
- 還付口座案内
- 介護認定の認定の有無(給付担当確認)
- 他制度の申請案内

受付	入力	確認