

様式第1号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 宛

住 所

申請者 氏 名 印

（被保険者との関係： ）

電話番号

新型コロナウイルスの影響により収入が減少したこと等に係る伊豆の国市介護保険料の減免に関する要綱第4条の規定により、介護保険料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、介護保険料の減免の審査のため、伊豆の国市が所有する収入等に関する書類を確認することに同意します。

被保険者	被保険者番号										
	住 所										
	氏 名										
	生年月日	年			月			日			
主たる生計維持者	住 所										
	氏 名										
	生年月日	年			月			日			
減免理由	新型コロナウイルス感染症の影響により 1 死亡又は重篤な傷病を負ったため。 2 事業収入の減少が見込まれるため。 3 その他（ ） ※枠内の該当する番号に○印を付けてください。 ※その他の場合は、その理由を記入してください。										

裏面あり

口座振込依頼書

減免された介護保険料について、過誤納金が発生した場合は、下記の口座に振り込みくださるよう依頼します。

金融機関名	銀行 信金 農協 労金	支店名	本店 支店 出張所
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義（カナ）			

※被保険者ご本人の口座をご記入ください。

※被保険者ご本人がお亡くなりになられている場合は、相続人の方の口座をご記入ください。

添付書類の例

1 死亡、重篤な傷病を負った場合
<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書、医師の診断書、保健所等から交付される措置入院の勧告書等の写し
2 収入の減少等の場合
<ul style="list-style-type: none"> ・前年と本年の収入の比較ができるもの 給与収入は、給与明細等の写し 事業収入、不動産収入及び山林収入は、売上のわかる帳簿等の写し ・保険金・損害賠償金等により補填される金額のわかるもの
3 事業の廃止、失業の場合
<ul style="list-style-type: none"> ・廃業届、休業届等の写し ・解雇通知、退職証明書、雇用保険受給資格者証等の写し