

介護保険料減免申請書

記入例①

年 月 日

立川市長 殿

住 所 立川市泉町1156番地の9
 申請者氏名 立川 太郎
 電話番号 012-345-6789
 (被保険者との関係: 本人)

次のとおり、介護保険料の減免を申請します。

フリガナ	タチカワ タロウ		被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	立川 太郎			
生年月日	昭和22年 2月 22日			
住 所	〒 同上		電話番号	()
主たる生計維持者氏名	立川 一郎	被保険者との関係	子	
住 所	〒 同上		電話番号	()
対象年度	年 度	書番号		
対象保険料額	記入不要		料額	
申請の理由 (該当するものに○をつける)	1 災 害 () ② 重大な障害又は長期入院 () 3 その他 ()		新型コロナウイルス感染症により死亡または重篤な傷病を負った場合	
	新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者である子・立川一郎が死亡したため			

※ 減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

- 添付書類例 : 災害の場合 → 災害(り災)証明書等
 重大な障害又は長期入院の場合 → 診断書、医療費の領収書等
 その他の場合 → その事実を証明する書類

介護保険料減免申請書

記入例②

年 月 日

立川市長 殿

住 所 立川市泉町1156番地の9
 申請者氏名 立川 太郎
 電話番号 012-345-6789
 (被保険者との関係: 本人)

次のとおり、介護保険料の減免を申請します。

フリガナ	タチカワ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	立川 太郎												
生年月日	昭和22年 2月 22日												
住 所	〒 同 上 電話番号 ()												
主たる生計維持者氏名	立川 一郎	被保険者との関係	子										
住 所	〒 同 上 電話番号 ()												
対象年度	年 度	書番号											
対象保険料額	記入不要												
申請の理由 (該当するものに○をつける)	1 災 害 () 2 重大な障害又は長期入院 () ③ その他 ()												
	事業の廃止、失業または事業収入等の減少が見込まれる場合 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者である子・立川一郎の給与収入が著しく減少したため												

※ 減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

- 添付書類例 : 災害の場合 → 災害(り災)証明書等
 重大な障害又は長期入院の場合 → 診断書、医療費の領収書等
 その他の場合 → その事実を証明する書類