

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料減免申請書

小松島市長 様

小松島市介護保険条例附則第9条第1項の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
第1号被保険者 (申請者)	住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () -	被保険者番号	
主たる 生計維持者	住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () -	申請者との関係	
申請代理人	住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () -	申請者との関係	

減免申請の理由（該当する番号を○で囲んでください。）	
1	新型コロナウイルス感染症により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った。
2	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業等の廃止又は失業した。
3	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次の（ア）、（イ）に該当する。
(ア)	事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害補償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。
(イ)	減少することの見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。

※上記を証明する書類の添付をお願いします。

- 例) 1：主たる生計維持者が死亡したことを証する書類又は身体障害者手帳、医師の診断書、心身に重大な障がいを受けたことを証する書類
 2：主たる生計維持者の事業等を廃止したことを証する書類又は失業したこと証する書類
 3：主たる生計維持者の行う事業等が著しい損失を受けたことを証する書類、確定申告書の控えの写し又は収入等が確認できる書類。