

介 護 保 険 料 減 免 申 請 書

泉大津市長 殿

泉大津市介護保険料条例第12条の規定に基づき申請します。

申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との続柄
申請者住所	電話番号

申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所及び電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住 所	電話番号		

減免を受けようとする保険料額

年度	期別	納期限	保険料額

減免申請理由

該当申請理由に

新型コロナウイルス感染症により、私が属する世帯の主たる生計維持者が

- ㉞ 死亡したため
- ㉟ 重篤な傷病を負ったため
- ㊱ 収入の減少が見込まれるため
- ㊲ 廃業・失業

添付資料

申請理由㉞～㊲に
応じた資料を添付

㉞の場合

㉟の場合

㊱の場合

㊲の場合

死亡診断書等

医師の診断書、
措置入院の勸
告書等

・令和2年の確定申告書、源泉徴収
票等及び令和3年の給与明細等
・帳簿、保険の契約書等

廃業届、
離職票等

収入状況等調査の同意欄

保険料の減免のために必要がある時は、私及び私の世帯員の収入状況につき、貴市が官公署、金融機関又は雇用主等に対し、必要な資料提供を求めることに同意します。

年 月 日

住所

氏名

