介 護 保 険 料 減 免 申 請 書

（コロナウィルス感染症関係）

第1号被保険者	被保険者番号	
	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	
	生 年 月 日	大正・昭和　　年　　月　　日
	住　　所	
生計維持者	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	
	生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
	住　　所	
申 請 理 由		(1)　新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病 を負った場合 (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。）の減少が見込まれる場合

小豆島町長　殿

上記の理由により、令和　　年度分の介護保険料を減免くださいますよう、小豆島町介護保険条例第9条の規定により申請します。

なお、介護保険料の減免の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の収入の状況、及びその他必要事項について小豆島町の職員が調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者（代理人による申請の場合は、代理人）

住所

電話番号

氏名

区分	期	当　初　の　額	納　期　限
保険料額	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日
	令和　年度　　期	特別・普通　　円	令和　　年　　月　　日