別記様式（第32条関係）

介護保険料減免申請書

年　　月　　日

　　下川町長　様

（申請者）　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

（電話番号 　　　　　　　　　　）

（被保険者との関係：　　　　　 ）

　次のとおり介護保険料の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者 | 生年月日 | 　　　　年　月　日 | 個人番号 |  |
|  | 住所 |  | 　　　　　TEL |  |
| 生計維持者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 減 | 徴収区分 | 普徴・特徴 | 賦課年度 |  | 年度 | 賦課対象年度 | 年度 |
| 免 | 年間保険料額 |  | 　　　円 | （段階別保険料区分：第　　　段階） |
| を | 納期 | 普徴　第1期 | 特徴　　 4月 |  　年　　月　　日 |  |
| 受 | 期別 | 普徴　第2期 | 特徴　　 6月 |  　年　　月　　日 |  |
| け | 限保 | 普徴　第3期 | 特徴　　 8月 |  　年　　月　　日 |  |
| る | 及険 | 普徴　第4期 | 特徴　　10月 |  　年　　月　　日 |  |
| 内 | び料 | 普徴　随時期 | 特徴　　12月 |  　年　　月　　日 |  |
| 容 | 　額 | 普徴　随時期 | 特徴　　 2月 |  　年　　月　　日 |  |
| 《申請事由》　　　新型コロナウイルス感染症の影響により* 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため
* 主たる生計維持者の収入が減少したため
* 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため
 |