

記入例

介護保険料減免申請書

令和4年8月1日

気仙沼市長 あて

申請者 住所：気仙沼市八日町1丁目1番1号

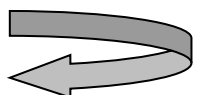
氏名：気仙沼 花子 電話番号 0226 (22) 6600

気仙沼市介護保険条例第11条の規定により、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。

被 保 険 者	フリガナ 氏名	ケシノマ ハコ 気仙沼 花子	保険者番号	0 4 2 0 5 1									
			被保険者番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	生年月日	明治・大正 <u>昭和</u> 10年 2月 1日 生					性別	男・ <u>女</u>					
住 所	〒988-0851 気仙沼市八日町1丁目1番1号 電話番号 0226 (22) 6600												
生 計 維 持 者	フリガナ 氏名	ケシノマ カズオ 気仙沼 一男	被保険者 との関係	子									
	生年月日	明治・大正 <u>昭和</u> 35年 8月 23日 生					性別	<u>男</u> ・女					
	住 所	〒988-0851 気仙沼市八日町1丁目1番1号 電話番号 090- (1234) -5678											
減 免 を 申 請 す る 理 由	該当する番号を○で囲んでください。該当する□にレを入れてください。 1 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため。 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重篤な傷病 <u>②</u> 主たる生計維持者の事業収入等の減少(収入が30%以上減少又は見込みのもの) <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 山林収入 <input checked="" type="checkbox"/> 給与収入 3 主たる生計維持者が業務を廃止又は休止したため。 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 休止 4 生計維持者が失職し、現在収入がないため。												

※収入減少による理由で申請される方は、減免申請書別紙を記入し提出していただく必要があります

必要書類については裏面へ



～必要書類～

○主たる生計維持者の死亡の場合

死亡診断書，死体検案書または死亡診断書に準ずる医師による証明書

○主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合

医師の診断書

○主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる場合

主たる生計維持者の事業所得等の減少が確認できる書類

前年の収入・所得が分かるもの(前年の確定申告書)，前年の源泉徴収票 等

○主たる生計維持者が事業等を廃止・休止した場合

事業廃止届・その他官公庁が交付した書類であって事実確認が可能なもの

○主たる生計維持者が失職した場合

雇用保険の受給資格者証・離職票・事業主による証明・その他官公庁が発行した書類