

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

気仙沼市長 あて

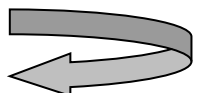
申請者 住所： _____
 氏名： _____ 電話番号 () _____

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		保険者番号		0	4	2	0	5	1	
			被保険者番号								
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女				
	住所	〒 一 気仙沼市 電話番号 ()									
生 計 維 持 者	フリガナ氏名				被保険者との関係						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女				
	住所	〒 一 気仙沼市 電話番号 ()									
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 2 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 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(前年分の確定申告書), 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