

介護保険料減免申請書

西脇市長 様

西脇市介護保険条例附則第12項の規定により介護保険料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。なお、申請に当たって、減免の審査において所得などの確認が必要な場合は、西脇市が被保険者の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	電話番号		
世帯の生計を 主として維持する者		氏 名		
		住 所		
申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響により世帯の生計を主として維持する者が、 <input type="checkbox"/> 死亡・重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> 事業収入等（給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入）のいずれかが 3割以上減少見込み ※いずれも、理由が確認できる書類が必要です。			

年度介護保険料額

納期限（普徴）		
保険料額（減免前）		
保険料額（減免後）		

年度介護保険料額

納期限（特徴/普徴）	4月/1期	6月/2期	8月/3期	10月/4期	12月/5期	2月/6期	7期	8期	9期	10期
保険料額（減免前）										
保険料額（減免後）										

減少した事業収入等 ※申請理由が「死亡・重篤な傷病を負った」以外の場合に記入

収入種別	ア) 令和3年中の収入額	イ) 年中の収入額	ウ) 保険金・損額賠償等により補填される金額
給与収入			
事業収入			
不動産収入			
山林収入			

※ア)の欄には、令和3年1月から12月の収入額を記入してください。

※イ)の欄には、年中の申請時までの収入額及び12月までの収入見込み額の合計を記入してください。

また、「ウ)保険金・損額賠償等により補填される金額」を含めない額を記入してください。

※ウ)の欄には、保険金・損額賠償等により補填される金額がない場合は、記入不要です。