

介護保険料減免申請書



鬼北町長 様

令和2年 7月 25日

申請者住所 鬼北町大字 近永 800 番地 1

申請者氏名 鬼北 太郎 (印)

以下のとおり、証拠書類等を添えて介護保険料の減免の申請をします。

なお、申請に当たり、世帯員等の課税状況や所得状況等を担当職員が確認することに同意します。

事実と異なることが判明した場合、減免額の変更や減免を取り消されることに異議はありません。

被保険者氏名	鬼北 太郎											被保険者証番号																					
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9											
生年月日	昭和20年 4月 1日生											性別	男 ・ 女																				
住所	鬼北町大字 近永800番地1 鬼北住宅101号 電話番号 0895 - 45 - 1111																																
申請理由	(例) 新型コロナウイルス感染症に罹患し、1ヵ月半の治療を要した。																																
	(例) 新型コロナウイルス感染症の影響により、4月頃から客足が遠のき、収入が著しく減少した。																																
	(理由の生じた日 令和2年 4月 1日)																																
世帯員及び生計を同じにしている家族の収入の状況 (収入のある方のみ記入してください。)																																	
続柄	氏名											年齢	前年の収入	収入の種類																			
本人	鬼北 太郎											66	2,930,000円	年金、事業、不動産																			
妻	鬼北 花子											66	1,500,000円	給与																			
													円																				
													円																				
													円																				
住宅・家財・財産に損害を受けたとき																																	
罹災物件											所有者氏名											保険金等の受取予定額											
主たる生計維持者の収入が著しく減少したとき																																	
続柄	氏名											収入見込額											収入の種類										
本人	鬼北 太郎											1,930,000円											年金、事業、不動産										
提出代理人	住所											被保険者との関係																					
	氏名											電話番号																					

※罹災証明書、その他証拠書類を添付してください。