介護保険料減免申請書

(宛先)鈴鹿市長・鈴鹿亀山地区広域連合長

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

			申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者	氏　　名	㊞	被保険者との関係	
	住　　所	電話番号		
被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
			電話番号	(　　)
	住　　所			
主な生計維持者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
			電話番号	(　　)
	住　　所	〒		
申請理由	① 新型コロナウイルス感染症により死亡又は重篤な傷病を負ったため ② 新型コロナウイルス感染症の影響により事業を廃止(失業)したため ③ 新型コロナウイルス感染症の影響により事業収入等が減少する見込みのため			

減免を受けようとする保険料

年度	期別	納期限	保険料の額
平成31年度	6		
令和2年度	1		
令和2年度	2		
令和2年度	3		
令和2年度	4		
令和2年度	5		
令和2年度	6		

その他必要事項記載欄

添付書類(✓を入れてください)

□医師の診断書等

□廃業又は失業したことを証する書類

【廃業届・離職票・雇用保険受給者証・雇用主の証明・その他(　　)】

□収入状況等申立書

□収入金額が確認できる書類

【関係帳簿類・給与明細・預金通帳・その他(　　)】

※ 申請理由(減免を必要とする理由)は詳細に記載するとともに，その理由を証明する書類を添付してください。また，やむを得ない理由により証明する書類を添付できないときは，「申請理由」欄に添付できない理由を記載してください。

※ 減免を受けようとする保険料の納期限は，特別徴収の場合当該保険料の徴収に係る特別徴収対象年金給付の支払に係る月を記載してください。