

| |
|--|
| |
|--|

※新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料の減免を申請する場合は、こちらもご提出下さい。

被保険者

氏名

住所

| | |
|----------|--|
| 減免申請する理由 | |
| 理由 1 | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入等が10分の3以上減少したため。 ○減少した事業収入等の種類 <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 |
| 理由 2 | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が1か月以上の治療を有する重篤な傷病を負ったため。 |
| 理由 3 | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡したため。 |
| 添付書類 | |
| 理由 1 の場合 | <input type="checkbox"/> 平成31年1月1日～令和元年12月31日までの収入がわかる資料 給与明細書、通帳、事業帳簿の写し 等 <input type="checkbox"/> 令和2年1月1日～申請日までの収入がわかる資料 給与明細書、通帳、事業帳簿の写し 等 <input type="checkbox"/> 保険金や損害賠償等により補填されるべき金額が分かる資料（あるとき） 保険契約書 等 <input type="checkbox"/> 事業の廃止や失業をしたことが分かる資料（該当するとき） 廃業等届出書、事業主の証明 等 |
| 理由 2 の場合 | <input type="checkbox"/> 医師の診断書の写し (新型コロナウイルス感染症により1か月以上の治療を要したことが確認できるもの) |
| 理由 3 の場合 | <input type="checkbox"/> 死亡診断書の写し (新型コロナウイルス感染症により死亡したことが確認できるもの) |