

丸森町長

殿

申請者（納税義務者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者に係る  
介護保険料の減免申請書

下記の事由により、介護保険料の減免を受けたいので、新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者に係る介護保険料の減免に関する条例第4条の規定により申請します。

記

通知書番号	年 度	減 免 前 の	※ 減 免 額	※ 減 免 後 の	※減免後の保険料額の	
		年 保 険 料 額		年 保 険 料 額	期 別	内 訳
		円	円	円	1期	※ 円
					2期	※ 円
					3期	※ 円
					4期	※ 円
					5期	※ 円
					6期	※ 円
新型コロナウイルス感染症の影響	1 人的被害（該当する欄に○を付け、カッコ内に必要事項をお書きください。）					
	(1) 死亡した。（氏名： _____、死亡年月日 _____ 年 月 日）					
	(2) 重篤な疾病を負った。（氏名： _____、診断名 _____）					
	2 収入の減少					
事業収入等	収入の種類	前年の収入	今年の収入	補償金額	被害状況	
(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。 2 事業収入等の減少を証明する書類を添付してください。 3 事業収入等とは、事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のことです。 4 補償金額とは、保険金、損害賠償等により補填される金額のことです。						