

新型コロナウイルス感染症に係る 介護保険料減免申請書

年 月 日

松島町長 あて

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 (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こと等による介護保険料の減免の特例に関する規則第4条の規定に基づき、介護保険料の減免を申請します。
 なお、この申請に係る審査のために必要がある場合には、松島町が被保険者及びその世帯員の所得状況について調査を行うことに同意します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
被保険者	氏名		被保険者番号
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 (電話 - -)	
主たる生計維持者 <small>※被保険者本人若しくはその同一世帯に属する方</small>	氏名		被保険者との関係
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 (電話 - -)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 （事業収入状況及び収入見込みを別紙に記入してください） <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業等の廃止、又は失業		
備考（変更・取消の場合は、その理由を記入してください）			

添付書類	<input type="checkbox"/> 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ことが確認できるもの <input type="checkbox"/> 収入減少がわかるもの <input type="checkbox"/> 事業の廃止、又は失業がわかるもの	町受付印
------	--	------

【町記入欄】

対象期別	年度 第 期 ~	年度 第 期	
保険料額	年度 円	減免額	年度 円
	年度 円		年度 円

減免申請受付No.
