

宗像市長 あて

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

下記の理由のため、宗像市介護保険条例第9条の規定により、介護保険料の減免を申請します。

申請者(納入義務者)

被 保 険 者	被保険者番号									0	0
	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒 -									
	電話番号						生年月日		年 月 日		

生 計 主 維 持 者	フリガナ			被保険者との 続柄	
	氏名				
	住所	〒 -			

減免申請理由(該当する理由にチェックを記入)

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため *事業の廃止・失業の場合→( <input type="checkbox"/> 廃止 ・ <input type="checkbox"/> 失業 ) ※事業廃止届、退職証明書・解雇通知書・離職票等の書類の写しを添付

減免を受けようとする介護保険料(各納期の保険料額を記入)

		令和4年度					
特別 徴収	令和4年4月	円	令和4年6月	円	令和4年8月	円	
	令和4年10月	円	令和4年12月	円	令和5年2月	円	
普通 徴収	第1期	円	第2期	円	第3期	円	
	第4期	円	第5期	円	第6期	円	
	第7期	円	第8期	円	第9期	円	

情報共有(承諾されればチェックを記入)

<input type="checkbox"/>	以下の手続きを申請する場合、本申請書の添付資料を情報共有することに同意します。 ・国民健康保険税の減免 ・後期高齢者医療保険料の減免
--------------------------	--

届出者(届出者が申請者と違う場合に記入)

氏名		申請者との関係	
住所		電話番号	

事務処理欄	受付	審査	入力	確認	決定通知送付
					年 月 日