第１号様式（第４条関係）

**新型コロナウイルス感染症の影響による保険料減免申請書**

　　年　　月　　日

東伊豆町長　　　　　　　様

次のとおり、令和　　年度分　介護保険料の減免を申請します。

１　減免を受けようとする理由

　□　(１)　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

　　□　(２)　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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　－電話番号　　　－　　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　－　　　　－ |
| 生計維持者 | 氏　　名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　－　　　　－ |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

２　添付書類

理由が(１)の場合　診断書の写し

理由が(２)の場合　新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少等申告書

　　　　　　　　　根拠書類等