

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

令和 年 月 日

柴田町長 殿

申請者住所

申請者氏名

㊞

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日

電話番号 — —

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に関する条例第3条の規定により、介護保険料の減免を申請します。

減免対象保険料 令和4年度保険料 (令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日納期限分)

被保険者番号 0700

被 保 険 者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェック (記入不要)	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
			生年月日	(大・昭) 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェック (記入不要)		
		〒 -		

生 計 維 持 者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェック (記入不要)	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
			生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェック (記入不要)		
		〒 -		

※生計維持者…世帯の生計を主として維持する者であり、原則、被保険者と同一世帯に属する者。

申請理由 (該当する項目に チェック)	<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 → <u>裏面</u> を記入してください <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業の廃止または失業
---------------------------	--

申請に係る同意事項 (□にチェックしてください)
介護保険料の減免申請のために、生計維持者の収入状況及び事業者等に調査をすることについて同意します。

還付される介護保険料の振込先口座の情報をご記入ください。(被保険者の口座)

金融機関	本・支店名	種類	口座番号					
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通 当座						
銀行コード	支店コード							
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

令和3年中の収入状況

氏名	収入の種類		収入額	所得額
主たる生計維持者	減少となるもの1		円	円
	減少となるもの2		円	円
	合計		① 円	② 円
	上記以外の収入		③ 円	④ 円
	合計		(①+③) ⑤ 円	(②+④) ⑥ 円

令和4年中の収入状況

氏名	収入の種類		令和4年1月～12月 までの収入合計額
主たる生計維持者	減少となるもの1		円
	減少となるもの2		円
	保険金・補填金等		円
	合計		⑦ 円

以下記入不要

主たる生計維持者の収入減少による減免要件確認欄

- 申請に係る同意事項にチェックが入っている。
- 事業収入等の減少額（①－⑦）が前年の事業収入等の額（①）の10分の3以上。
- 減少した事業収入等に係る所得額以外の前年の所得額（④）が400万円以下。

【減免予定額】

●令和4年度保険料額(A) × $\frac{\text{減少した事業収入等に係る令和3年中の所得額(B)}}{\text{主たる生計維持者の令和3年中の合計所得額(C)}}$

_____ 円 × _____ 円 ÷ _____ 円 = (D) _____ 円

(D) × 減免割合 = (D) _____ 円 × _____ / 10 = 減免予定額 _____ 円