

介護保険料減免・徴収猶予申請書

令和 年 月 日

長浜市長 あて

申請者氏名		電話番号	
申請者住所		続柄	

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所は記載不要

被 保 険 者	番 号																	
	フリガナ												生年月日	年 月 日				
	氏 名												性別	男 ・ 女				
	住 所	〒																

被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者 (被保険者本人の場合は氏名のみの記載で可)			被保険者 との関係	
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏 名		性別	男 ・ 女	

対象保険料 *徴収猶予は申請時点で納期未到来分のみ対象			
年 度	区 別	期 別	保険料額
令和4年度	減 免	<input type="checkbox"/> 全期 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	徴収猶予	<input type="checkbox"/> ( )月分 ~ ( )月分	
合 計			

申請理由 (あてはまる理由を選んでください。)	
<input type="checkbox"/>	1. 新型コロナウイルス感染症により主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った。
<input type="checkbox"/>	2. 新型コロナウイルス感染症の影響により廃業または失業した。
<input type="checkbox"/>	3. 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収入が減少した。

※1に該当する場合、医師の死亡診断書又は診断書を添付してください。  
 ※2に該当する場合、廃業又は失業したことを証明する書類(廃業届、離職票等)を添付してください。  
 ※3に該当する場合、収入見込み額申告書及び収入減少が確認できる書類(売上帳簿、給与明細等)を添付してください。