

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う
美波町介護保険料減免申請書

美波町長 殿

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

美波町介護保険条例第9条第1項第5号の規定により、次のとおり、
令和 年度分の介護保険料の減免を申請します。

1 第一号被保険者等

申請区分	減 免		
フリガナ 氏 名			
住 所			
被保険者番号		電 話 番 号	
世帯主氏名			
主たる生計維持者氏名			
主たる生計維持者住所			

2 対象者（該当する番号を○で囲んでください。）

1	新型コロナウイルス感染症の影響により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病を負った。		
2	新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入」という。）の減少が見込まれ、次の（ア）と（イ）のどちらにも該当する。		
	（ア）	事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害補償等により補てんされるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。	
	（イ）	減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。	
3	新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が事業等を廃止または失業した。		

※上記を証明する資料の添付をお願いします。

- 例) 1：主たる生計維持者が死亡したことを証する書類または身体障害者手帳、医師の診断書、心身に重大な障害を受けたことを証する書類
- 2：主たる生計維持者が行う事業等における著しい損失が生じたことを証する書類、確定申告書の控えの写しまたは収入が確認できる書類
- 3：主たる生計維持者の事業等の廃止を証する書類または失業したことを証する書類