

介護保険料減免申請書

多賀城市長 殿

次のとおり **令和3年度** 分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和3年 7月 0日
申請者氏名	多賀 城太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒985 - 8531 多賀城市中央二丁目1番1号 電話番号 090 - 1234 - 0000		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号				1	2	3	4	5	
	フリガナ	タカ ジョウコ							生年月日	昭和25年 4月 0日
	氏名	多賀 城子							性別	男 ・ 女
	住所	〒985 - 8531 多賀城市中央二丁目1番1号 電話番号 022 - 368 - 1141								

申請理由	<p>新型コロナウイルス感染症の影響に伴い次の理由により、納付が困難であるため減免を申請します。 (該当する番号を○で囲んでください。)</p> <p>1 生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負った</p> <p>○ 2 生計を主として維持する者の給与や事業収入等の減少が見込まれる</p> <p>3 生計を主として維持する者が事業を廃止し、又は失業した</p>
------	--

添付書類

- 申請理由が1の場合は、死亡診断書、埋葬許可証等で新型コロナウイルス感染症が原因と判る資料
- 申請理由が2又は3の場合は、収入等申告書及び収入額等が確認できる帳簿類等