

介護保険料減免申請書

(申請先) 東村山市長

次のとおり、必要書類を添付して申請します。

減免対象 令和3年度介護保険料

1. 申請者		申請日	令和	年	月	日
フリガナ 氏名		減免対象者 との続柄				
住所	〒	電話番号				

2. 減免対象者		被保険者番号	0000			
フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	生年月日	年	月	日	
住所	〒	電話番号				
	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ					

3. 主たる生計維持者		減免対象者 との続柄				
フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	生年月日	年	月	日	
住所	〒	電話番号				
	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ					

4. 減免又は免除を必要とする理由 (該当する にチェック・ () に金額を記載)

<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ため	《添付書類》 <input type="checkbox"/> 死亡診断書、死体検案書、医師の診断書など
<input type="checkbox"/> (2) 新型コロナウイルス感染症により、 主たる生計維持者の事業収入等 (※1) が減少したため (前年に比べて10分の3以上減少していること)	
①主たる生計維持者の令和3年中の事業収入等の実績額	() 円
②①に対し、保険金、損害補償等により補填されるべき金額 (※2)	() 円
③主たる生計維持者の令和2年中の事業収入等の実績額	() 円
《添付書類》	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和2年中の収入がわかるもの (確定申告書の控え、源泉徴収票、給与明細書など)
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和3年中の収入がわかるもの (確定申告書の控え、源泉徴収票、給与明細書など)
	<input type="checkbox"/> 事業等の廃止や失業の事実が分かるもの (退職証明書、解雇通知など) ※事業等の廃止や失業を理由とする場合のみ
令和3年度中に申請ができなかったやむを得ない理由 (※3)	
理由	

(※1) 事業収入等とは、事業収入、不動産収入、給与収入又は山林収入が該当となります。

(※2) 国や都から支給される各種給付金については、含まれません。

(※3) 必ず記入してください。該当しない場合、減免対象となりません。

同意書	
介護保険料減免に関する事項の決定に際し、必要がある場合には、東村山市が減免対象者の世帯における課税状況 (課税情報) について確認を行うことに同意します。	
減免対象者 氏名	