

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(あて先) 成 田 市 長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話 番号 _____

本人との関係 _____

成田市介護保険条例第10条の規定により、減免を申請します。

被保険者住所		氏 名	
対象年度	令和3年度	被保険者番号	
世帯の主たる生計維持者の住所		世帯の主たる生計維持者の氏名	
納期限又は年金支給月		保険料額 (円)	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
合 計		円	

減免を受けようとする理由 (該当する番号に○をつけてください)

- 1 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡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等が廃止となり、または、失業 (定年退職・懲戒解雇等を除く) したことに伴い、世帯の主たる生計維持者の収入が減少する見込みである。
- 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の収入が減少する見込みである。(上記2の場合を除く)