様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免申請書（新型コロナウイルス感染症）大子町長　　様次のとおり介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 電話番号 |

※　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
| 氏　　名 |  | 年　　月　　日 |
| 性　別 | 男・女 |
| 住　　所 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生計維持者 | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | □　(1)　新型コロナウイルス感染症の影響により，主たる生計維持者が死亡し，又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，主たる生計維持者の令和２年の事業収入等のいずれかが，令和元年の当該事業収入等と比べて３割以上の減少が見込まれる　 |

 |  |
|  |
|  |