

介護保険料減免申請書

年 月 日

吉野町長様

申請者住所

氏名 印

自宅番号

携帯電話

吉野町介護保険条例第12条及び吉野町介護保険料減免取扱要綱附則第2条の規定に基づき、介護保険料の減免について必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては、当該減免について所得等の制限がある場合は、吉野町長が私（申請人）の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

世帯の生計を主として維持する者（主たる生計維持者）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名		申請人との続柄	
	生年月日	年 月 日生	性別	
	住所			
被保険者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所			
	氏名			
被保険者番号				
減免を受けようとする理由	<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疾病を負ったため			
	<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の減少が見込まれるため			

【添付書類】理由1の場合 診断書等の写し
理由2の場合 事業収入等状況報告書及び収入の減少が確認できる資料等

吉野町記入欄	受付日	受付	処理1	処理2	処理3
	年 月 日				