

様式第8号(附則第4項関係)

介護保険料減免申請書				
阿波市長 様				
次のとおり 年度分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		続柄		
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		個人番号	
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
	申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。		
		<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため		
	私の属する世帯に関し、介護保険課が行う次の事項に同意します。 <input type="checkbox"/> 保健所への新型コロナウイルス感染症に関する情報照会 <input type="checkbox"/> 税務課及び国保医療課との情報共有			

※事業収入の減少見込額を算出するため、売上げを確認できる書類(売上傳票、帳簿の一部等)を添付していただく場合があります。