様式第１号（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症の影響による女川町介護保険料減免申請書

女川町長　　様

申 請 者　住　　所

　氏　　名

生年月日

連 絡 先

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したこと等による介護保険の第１号　被保険者に係る女川町介護保険料の減免の特例に関する規則（令和２年女川町規則第23号）第４条の規定により、介護保険料の減免を受けたいので、別添のとおり関係書類を添えて　申請します。

　なお、申請にあたって、減免要件確認の必要がある場合は、女川町長が私(申請者)及び　私の世帯員の所得状況等を確認することについて承諾します。

記

１　被保険者等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる生計維持者 | □申請者に同じ | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 申請者との続柄 | |  |
| 住　所 |  | | | | | |
| 被保険者 |  | |  |  | |  | |
| 被保険者番号 |  | | | | | | |

２　減免を受けようとする介護保険料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　度 | 期　別 | 保険料額 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |

３　申請理由　該当する下記の１又は２の番号を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため。 |
| ２ | 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。  □事業収入等の減少　□事業の廃止又は失業（廃止・失業） |

４　添付書類　申請理由が１の場合　診断書等の写し

申請理由が２の場合　収入の減少が確認できる資料等

収入減少確認書

１　前年の収入状況（主たる生計維持者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　 名 | 職 　業 | 収入の種類 | 収入額 | 所得額 |
| 主たる生計維持者 |  | 減少となるもの1 | 減少となるもの1  ①　　　　　　　　円 | 減少となるもの1  ②　　　　　 円 |
| 減少となるもの2 | 減少となるもの2  ①　　　　　　　　円 | 減少となるもの2  ②　　　　　　 円 |
|  | 減少となる収入合計  　　　　　　　　　円 | 減少となる所得合計  　　　　　　　　円 |
| 減少となる収入以外の収入 | 減少となる収入以外の収入  ③　　　　　　　　円 | 減少となる所得以外の所得  ④　　　　　　 円 |
| 合　　　計 | | | 収入合計（①＋③）  ⑤　　　　　　　　円 | 所得合計（②＋④）  ⑥　　　　　　　　円 |

　※④が400万円以下であること。

２　当該年の収入見込み額（主たる生計維持者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　 名 | | 職 　業 | 収入の種類 | 収入額 | 所得額 |
| 主たる生計維持者 | |  | 減少となるもの1 | 減少となるもの1  ⑦　　　　　　　　円 |  |
| 減少となるもの2 | 減少となるもの2  ⑦　　　　　　　　円 |
|  | 円 |
|  | 収入合計  　　　　　　　　円 |
|  | | | | | |
|  | 女川町長　様　　　上記のとおり申告します。  令和　　年　　月　　日　住　所  　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | |