

平成31年度・令和2年度 介護保険料減免申請書

(宛先)新潟市長

申請日

令和 2 年 6 月 30 日

新潟市介護保険条例第12条の規定により、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。

申請者	本人又は申請代理人氏名(自署)	カイゴ ハナコ	生年月日	昭和45年 6 月 1 日
		介護 花子	本人との関係	子
	申請代理人住所	郵便番号 951-8550	電話番号 025 (228) 1000	
		新潟市中央区学校町通1番町602番地1		

被保険者	被保険者番号	1234567890		
	フリガナ	カイゴ タロウ		
	氏名	介護 太郎	生年月日	昭和20年 1 月 2 日
	住所	郵便番号 951-8550	電話番号 025 (228) 1000	
		新潟市中央区学校町通1番町602番地1		

申請理由	該当する申請理由の□にレ印をつけ、必要な資料を添付してください。
新型コロナウイルス感染症の影響で	
<input type="checkbox"/>	(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
<input checked="" type="checkbox"/>	(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
添付書類	
理由が(1)の場合	・死亡診断書、医師の診断書のコピー
理由が(2)の場合	主たる生計維持者の
	・収入見込額等申告書
	・令和元年中の収入及び所得が確認できる書類
	・申請月直近までの令和2年中の収入が確認できる書類
	・事業の廃止又は失業の場合はそれが確認できる書類

	氏名	生年月日	住所(被保険者と別居の場合のみ記入してください。)	現在の月収
被保険者		年 月 日		
被保険者と生計を一にする者		年 月 日		
		年 月 日		