

令和元・2・3・4年度分 小浜市介護保険料減免申請書
 (新型コロナウイルス感染症の影響による減免関係)

令和 年 月 日

小浜市長 様

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																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	明・大・昭	年	月	日																
	氏名																		生年月日	明・大・昭	年	月	日																
	住所	〒 電話番号																																					

小浜市介護保険条例附則第9条の規定による減免を下記のとおり申請します。

記

1、減免の申請をする理由

※あてはまる番号を○で囲ってください。

- (1) 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入等が大きく減少することが見込まれるため。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が事業等を廃止した、または失業したため。
- (3) 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が死亡した、または重篤な傷病を負ったため。

添付書類：減免申請理由が (1) の場合・・・前年同月との比較ができる帳簿や給与明細書等
 減免申請理由が (2) の場合・・・廃業届または雇い主による証明書類
 減免申請理由が (3) の場合・・・医師による診断書等

3、世帯の主たる生計維持者の減少した事業収入等の状況①

減免を申請するには給与・事業・その他の収入のいずれかが前年と比較して10分の3以上減少している（見込まれる）ことが必要です。

	令和 年（当年）			令和 年（前年）		
	給 与	事 業	その他 （不動産等）	給 与	事 業	その他 （不動産等）
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
合計						

※当年は申請月までの実績と今後の見込みを記入ください。

※前年との比較ができる帳簿や給与明細書等のコピーを提出された方は、記入していただく必要はありません。

※事業収入等の額には、保険金や損害賠償等により補填されるべき金額を含めないください。

※複数年度分の減免申請をする場合は各年とそれぞれの前年との収入減少額を比較する必要がありますので下表も使用し、記入ください。

3、世帯の主たる生計維持者の減少した事業収入等の状況②

減免を申請するには給与・事業・その他の収入のいずれかが前年と比較して10分の3以上減少している（見込まれる）ことが必要です。

	令和 年（当年）			令和 年（前年）		
	給 与	事 業	その他 （不動産等）	給 与	事 業	その他 （不動産等）
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
合計						

※当年は申請月までの実績と今後の見込みを記入ください。

※前年との比較ができる帳簿や給与明細書等のコピーを提出された方は、記入していただく必要はありません。

※事業収入等の額には、保険金や損害賠償等により補填されるべき金額を含めないください。