

**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料減免申請書**

- 1 私は、以下の理由により、介護保険料の支払いが困難であるため減免を申請します。
- 2 申請内容に誤り等があったときは、介護保険料の減免額の変更及び取消しをされても異議ありません。

被保険者番号								
被保険者氏名								
住 所	〒							
電 話 番 号								
同一世帯の 主たる生計維持者 の氏名及び続柄	<input type="checkbox"/> 上記被保険者に同じ							
	<input type="checkbox"/> 上記被保険者と異なる 氏名 () 被保険者との続柄 ()							
理 由								
被保険者が属する世帯の主たる生計維持者（以下「主たる生計維持者」という）が新型コロナウイルス感染症（以下「感染症」という）の影響により、以下の損害を受けた。 （あてはまる箇所のすべての□欄にレ点とその内容を記入してください。）								
<input type="checkbox"/> 感染症により、主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った。 ※医師による死亡診断書又は診断書の写し等をご提出ください。								
<input type="checkbox"/> 感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれる。（事業収入等が前年の収入より3割以上減少した場合で、減少する事業収入等にかかる所得以外の所得が400万円以下の場合） （会社名・屋号 業種 ） ※別紙の収入申告書にご記入の上、金額の根拠がわかる資料（売り上げ伝票、確定申告書（控）、源泉徴収票、給与明細等）の写しをご提出ください。 ※廃業又は失業した場合は、その事実がわかる資料（廃業届（控）、退職証明書または休業証明書等）の写しをご提出ください。 ※別紙の給付金受給額申告書にご記入の上、金額の根拠がわかる資料（交付決定通知等）の写しをご提出ください。								
【以下記入不要】								
減免割合 100%・80%			減免の対象となる保険料額 A : 円					
（事業収入等の減少の場合における減免額計算式）								
A 円 × B 円 ÷ C 円 × 減免割合 %			【減免額】 円					
A：当該第一号被保険者の減免の対象となる保険料額 B：主たる生計維持者の減少が見込まれる事業収入等に係る前年の所得額 C：主たる生計維持者の前年の合計所得金額								
令和 年 月 日								
大津市介護保険条例第24条の定めるところにより減免してよろしいか。			課長	補佐	係長	係	担当	入力チェック欄