

別記様式第45号（附則第12項関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

(宛先) 和歌山市長

次のとおり令和3年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請日	令和	年	月	日
申請者氏名		本人との関係				
申請者住所	〒 電話( )					

(※申請者が被保険者本人の場合は、申請者氏名・住所は記載不要です。申請者が親族以外の場合は、委任状が必要です。)

介護保険の被保険者		被保険者番号							
フリガナ		生年月日				年			日
氏名									
住所	〒 電話( )								
	申請理由				添付書類				
1	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合				<input type="checkbox"/> 診断書等				
2	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス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、次の（1）及び（2）に該当する場合				<input type="checkbox"/> 令和2年中及び令和3年中の収入状況等が分かるもの <input type="checkbox"/> 廃業又は失業の場合、税務署に提出した廃業届等の控え、雇用保険受給資格者証等 <input type="checkbox"/> 保険金、損害賠償等により補填される金額がある場合、それが分かるもの				
<input type="checkbox"/> （1）令和3年中の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が令和2年中の当該事業収入等の額の10分の3以上である。									
<input type="checkbox"/> （2）減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の令和2年中の所得の合計額が400万円以下である。									
特記事項									
減免を受けようとする保険料	保険料の額								
	納期限又は年金給付の支払に係る月								

主たる生計維持者

フリガナ		生年月日	明・大		年		月		日
氏名			昭・平						
住所	〒								

以下記入しないでください。

起案	令和	年	月	日	決裁	課長	副課長	班長	担当者	文書審査	公印承認
決裁	令和	年	月	日							
施行	令和	年	月	日							
次のとおり決定してよろしいか。					決定の理由	<input type="checkbox"/> 規則附則第9項第1号					
承認	不承認					<input type="checkbox"/> 規則附則第11項					
円											
受付入力					決定入力						

別記様式第46号（附則第12項関係）

主たる生計維持者の事業収入等の減少状況に関する申立書

（宛先）和歌山市長

私が申請した新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請について、減免要件である主たる生計維持者の事業収入等の減少状況については、次のとおりであることを申告します。

		申立日	令和 年 月 日						
介護保険被 保険者氏名		被保険者番号							
主たる生計 維持者氏名		被保険者との 関係							

○ 令和2年中の収入額（令和2年1月から令和2年12月までの年間収入額）

	事業収入	不動産収入	山林収入	給与収入
令和2年中の収入額（年間）	円	円	円	円

○ 令和3年中の収入額又は収入見込額

	事業収入	不動産収入	山林収入	給与収入
令和3年 1月	円	円	円	円
2月	円	円	円	円
3月	円	円	円	円
4月	円	円	円	円
5月	円	円	円	円
6月	円	円	円	円
7月	円	円	円	円
8月	円	円	円	円
9月	円	円	円	円
10月	円	円	円	円
11月	円	円	円	円
12月	円	円	円	円
合計額	円	円	円	円

※ 収入額が確定していない月は、収入見込額を記入してください。

○ 事業収入等の減少により補填される保険金、損害賠償等の内容

保険金、損害賠償等の名称	補填される金額	円

○ その他特記事項

--