

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4年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請日	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	月	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3年中及び令和4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4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3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3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	年	月	日
氏名					
住所	〒				

以下記入しないでください。

起案	年	月	日	決裁				
決裁	年	月	日					
施行	年	月	日					
次のとおり決定してよろしいか。				決定の理由				
承認		不承認						
円								
受付入力				決定入力				