

大口町長 様

次のとおり 令和3年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	大口 一郎	本人との関係	長 男
申請者住所	〒480-0126 電話番号 94-0051 大口町伝右一丁目35番地 大口町健康文化センター		

＊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	0 0 0 0 0 0 9 9 9 9			
	個人番号				
	フリガナ	オオグチ タロウ			
	氏 名	大口 太郎		生年月日	年 月 日
				性 別	(男) ・ 女
	住 所	〒 電話番号 同 上			

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。
	☐ 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため ☒ 主たる生計維持者の収入が減少したため ☐ 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため

介護保険料の減免を申請するにあたり、申告書及び次の書類を添付します。

添付書類	☐ 新型コロナウイルス感染症により死亡したことが分かる書類 ☐ 新型コロナウイルス感染症により重篤な傷病を負ったことが分かる書類 ☒ 令和2年の収入、所得及び令和3年の収入が分かる書類 ☐ 廃業、失業したことが分かる書類 ☐ その他 ()
------	--

介護保険料減免の申請に伴い必要があるときは、被保険者及びその世帯員の資産及び収入の状況について、保険者が官公署に必要な資料の提供を求め、事業者等に調査をすることについて同意します。

被保険者名： 大 口 太 郎 (代筆： 大 口 一 郎)