（別紙様式1）

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症による介護保険料減免申請書

新郷村長　　様

次の理由により、令和　 年度分介護保険料の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。
なお、必要な場合は本人及び主たる生計維持者等の課税状況等を調査されることに同意します。

		申請年月日	年　　月　　日
申請者氏名	印	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･電話番号の記載不要

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒		
	電話番号			
	属する世帯の主たる生計維持者　氏名		被保険者との関係	

	普通徴収			特別徴収	
1　対象保険料	納　期	納期限	保険料額	年金支払月	保険料額
	第　1　期	年　　月　　日	円	4月	円
	第　2　期	年　　月　　日	円	6月	円
	第　3　期	年　　月　　日	円	8月	円
	第　4　期	年　　月　　日	円	10月	円
	随時第　　期	年　　月　　日	円	12月	円
	随時第　　期	年　　月　　日	円	2月	
	随時第　　期	年　　月　　日	円		

裏面へ

<table>
<tr><td rowspan="3">2

申
請
理
由</td><td colspan="2">☐ (1)世帯の主たる生計維持者が次の状態になった場合
☐ ①　死亡したとき　　☐ ②　重篤な傷病を負ったとき</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ (2)世帯の主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
※　令和2年中の収入の見込額は、収入申告書(別紙)にご記入ください。</td></tr>
<tr><td>収入が減少する
理由</td><td>☐事業廃止　☐失業　※事業廃止、失業がわかるものを添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3

添
付
書
類</td><td colspan="2">(1)　①　世帯の主たる生計維持者が死亡した場合
☐　死亡診断書　☐　その他(　　　)
②　世帯の主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
☐　医師の診断書　☐　その他(　　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(2)　世帯の主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
☐　令和2年1月から12月までの収入見込が分かるもの
収入申告書(別紙)、収支明細書、会計簿長、給与明細書等の写しなど
☐　平成31年1月から令和元年12月までの収入が分かるもの
確定申告書、村県民税申告書、源泉徴収票、収支内訳書、青色決算書の写しなど
☐　事業等の廃業や失業などが分かるもの
税務署に提出した廃業届・異動届の写し、事業主による証明書など
☐　保険金、補償金、損害賠償等により補てんされる金額が分かるもの
保険金・補償金等の支払通知、帳簿、保険契約書など
☐　その他(　　　)</td></tr>
</table>

※　上記の書類のほか、必要に応じて関係書類を添付していただくことがあります。

※　世帯主及び世帯員の収入等の状況について、課税台帳等により調査・確認することがあります。

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症による介護保険料減免申請書

新郷村長　　様

次の理由により、令和　　年度分介護保険料の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。
なお、必要な場合は本人及び主たる生計維持者等の課税状況等を調査されることに同意します。

		申請年月日	令和 2年 9月 1日
申請者氏名	新郷　太郎　　　印	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒 039-1801 新郷村大字戸来字金ヶ沢坂ノ下１７－１ 電話番号　0000-00-0000		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載不要

現在の住所、アパート名、氏名をご記入ください（転居された場合は新住所）
電話番号（携帯可）は昼間連絡が取

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
	フリガナ	シンゴウ　　ハナコ		
	氏　名	新郷　　花子	生年月日	明・大・昭 5年 5月 5日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒039-1801 新郷村大字戸来字金ヶ沢坂ノ下１７－１		
	電話番号	0000-00-0000		
	属する世帯の主たる生計維持者　氏名	新郷　太郎	被保険者との関係	長男

	普通徴収			特別徴収	
1 対象保険料	納　期	納期限	保険料額	年金支払月	保険料額
	第　1　期	2年 7月 31日	24，060円	4月	円
	第　2　期	2年 9月 30日	23，700円	6月	円
	第　3　期	2年11月 30日	23，700円	8月	円
	第　4　期	3年 2月 1日	23，700円	10月	円
	随時第　　期	年　　月　　日	円	12月	円
	随時第　　期	年　　月　　日	円	2月	
	随時第　　期	年　　月　　日	円		

裏面へ

（対象保険料）欄
減免申請する介護保険料の額を記入してください。
保険料の額は納入通知書等でご確認ください。

2 申請理由

☐ (1)世帯の主たる生計維持者が次の状態になった場合
　☐ ① 死亡したとき　　☐ ② 重篤な傷病を負ったとき
☑ (2)世帯の主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
　※ 令和2年中の収入の見込額は、収入申告書（別紙）にご記入ください。

収入が減少する理由：新型コロナウイルス感染症の影響により、収入が減少したため。

☐事業廃止　☐失業　※事業廃止、失業がわかるものを添付してください。

（収入が減少する理由）欄
収入が減少した理由をご記入ください。事業の廃止・休業チェックボックスをレ点等でチェックして、会社からの証明書。通知などの写しを添付してください。

3 添付書類

(1) ① 世帯の主たる生計維持者が死亡した場合
　☐ 死亡診断書　　☐ その他（　　　　　）
② 世帯の主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
　☐ 医師の診断書　　☐ その他（　　　　　）

(2) 世帯の主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
☐ 令和2年1月から12月までの収入見込が分かるもの
　収入申告書（別紙）、収支明細書、会計簿長、給与明細書等の写しなど
☐ 平成31年1月から令和元年12月までの収入が分かるもの
　確定申告書、村県民税申告書、源泉徴収票、収支内訳書、青色決算書の写しなど
☐ 事業等の廃業や失業などが分かるもの
　税務署に提出した廃業届・異動届の写し、事業主による証明書など
☐ 保険金、補償金、損害賠償等により補てんされる金額が分かるもの
　保険金・補償金等の支払通知、帳簿、保険契約書など
☐ その他（　　　　　）

※ 上記の書類のほか、必要に応じて関係書類を添付していただくことがあります。
※ 世帯主及び世帯員の収入等の状況について、課税台帳等により調査・確認することがあります。