

## 新型コロナウイルス感染症に係る介護保険料減免申請書

稲城市長 殿

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
世帯の主たる 生計維持者氏名	(被保険者の同一世帯員に限る)	日中連絡の 取れる電話番号	
住 所			
減免申請理由 (1～3のいずれかに○) (※3に○の場合は、①及び②を記入)	1 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った（入院期間：令和.....年.....月.....日 ～ 令和.....年.....月.....日）ため <hr/> 2 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため <hr/> 3 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の令和4年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年の当該事業収入等の額の30%以上であるため ① 対象の事業収入等の令和4年1月から令和4年12月までの年間収入見込み ・事業収入（営業等・農業） <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 ・不動産収入 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 ・山林収入 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 ・給与収入 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 ② 令和3年の確定申告は既に済んでいる（いずれかにチェック） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
稲城市介護保険条例第24条及び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被保険者等に係る稲城市介護保険料減免取扱要綱の規定により、申請理由を証する書類を添付のうえ申請します。申請内容について相違ありません。なお、減免の申請にあたり、私及び私の世帯員の収入及び資産の状況その他について、保険者が官公署、年金保険者、銀行、私の雇主その他関係人（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。また、報告要求に対し、官公署等が報告することについて私及び私の世帯員が同意している旨を官公署等に伝えても構いません。			
申請日 令和____年____月____日			
申請者住所 _____ (※上記住所と同じ場合は省略可)			
申請者自署 _____		世帯の主たる生計維持者自署 _____	
(※上記被保険者と同じ場合は省略可)		(※上記被保険者と同じ場合は省略可)	

※申請書を提出される前に、裏面の減免判定フローをご覧ください。

## 新型コロナウイルス感染症に係る介護保険料減免判定フロー

