

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

相模原市長

次のとおり、令和 年度分介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	印	被保険者との関係
申請者住所	電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0	個人番号
	フリガナ		生年月日
	氏名	印	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	電話番号	
生計維持者	氏名		被保険者との関係
	住所	電話番号	

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

なお、私と私の属する世帯に関し、介護保険課が、市保健所への新型コロナウイルス感染症に係る情報照会及び国保年金課と情報共有することに同意します。

----- 担当課使用欄 -----

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認も兼ねる) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号記載有) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他()
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他写真付証明書() <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()

※写真付きの証明書でない場合、身元確認書類は2点以上必要です。

