様式第１号（第４条関係）

介護保険料減額・免除申請書

　伊豆市長　　　　　　　　様

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こと等に係る伊豆市介護保険料の減免に関する規則第４条の規定により、令和　　年度介護保険料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

　なお、介護保険料の減免の審査のため、伊豆市が所有する収入等に関する書類を確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 年　 月　 日 |
| 申請者氏名 | 　　 | 保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号 |

　　　　　　　　　（注）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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 性　　別 | 男 ・ 女 |
| 住　　　　所 | 〒電話番号 |
| 被保険者の属する世帯の主たる生計維持者 |  |

　申請理由

|  |
| --- |
| 年新型コロナウイルス感染症の影響により１　死亡または重篤な傷病を負ったため２　事業収入の減少が見込まれるため３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 枠内の該当する番号に〇印をつけてください
* その他の場合は、その理由を記入してください
 |

裏面あり

口　座　振　込　依　頼　書

減免された介護保険料について、過誤納金が発生した場合は、下記の口座に振り込みくださるよう依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行信金農協漁協労金 | 支店名 | 本店支店出張所 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  |

　※被保険者ご本人の口座をご記入ください

　※被保険者ご本人がお亡くなりになられている場合は、相続人の方の口座をご記入ください

添付書類の例

|  |
| --- |
| １　死亡、重篤な傷病を負った場合・死亡診断書、医師の診断書、保健所等から交付される措置入院の勧告書などの写し |
| ２　収入の減少などの場合・昨年と本年の収入の比較ができるもの　　給与収入・・・給与明細などの写し　　事業収入、不動産収入、山林収入・・・売上のわかる帳簿などの写し・保険金・損害賠償金等により補填される金額のわかるもの |
| ３　事業の廃止、失業の場合・廃業届、休業届などの写し・解雇通知、退職証明書、雇用保険受給資格者証などの写し |

様式第２号（第４条関係）

収入等申告書

年　　月　　日

被保険者氏名

※この申告書は世帯の主たる生計維持者の収入を申告してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 収入の種類 | □事業収入　□不動産収入　□山林収入　□給与収入※複数の収入がある場合は収入の種類ごとに記載してください |
| 月 | 　年(減免申請年)収入 | 　年(減免申請年の前年)収入 |
| １月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ２月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ３月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ４月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ５月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ６月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ７月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ８月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| ９月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| 10月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| 11月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| 12月 | □確定□見込 | 円 | 円 |
| 合　　計 | 円 | 円 |
| 保険金等により補填される金額 | 円 |