

介護保険料減免申請書

燕市長 鈴木 力 様

燕市介護保険条例第17条第1項の規定により、次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和 ●年 ●月 ●日
申請者氏名	燕 花子	本人との関係	子
申請者住所	〒 959-0295 燕市吉田西太田1934番地	電話番号	0256-92-1111

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 0 0 0 0		
	フリガナ	ツバメ イチロウ	生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
	氏名	燕 一郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	〒	同上	電話番号	

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の収入減少が見込まれるため。
------	------------------------------------------

納税通知書に記載されている保険料額をご記入ください。(ご不明の場合は未記入でお持ちください。)

特別徴収(仮徴収)		普通徴収	
4月	円	普通徴収(仮算定)	9月 1,400円
6月	円	4月	2,300円 10月 円
8月	円	5月	2,300円 11月 円
特別徴収(本徴収)		6月	2,300円 12月 円
10月	4,000円	合計	6,900円 1月 円
12月	3,800円	普通徴収(本算定)	2月 円
2月	3,800円	7月	1,400円 3月 円
合計	11,600円	8月	1,400円 合計 4,200円