

新型コロナウイルス感染症の影響により、収入等が減少したこと等による

介護保険の第一号保険料の減免のための収入等申立書

日向市長

令和 年 月 日

介護保険料の減免を申請するため、以下のとおり申し立てます。

●第一号被保険者

被保険者番号	
住所	(〒 -) TEL:
フリガナ	
氏名	(署名又は記名押印)
生年月日	大正・昭和 年 月 日

●第一号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者（以下、主たる生計維持者）

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日

※主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症に罹患（ した ・ していない ）

	主たる生計維持者の 事業収入等の種類	令和2年の収入 (1月~12月)	令和3年の収入 (1月~12月)	解雇及び廃業日
減少があつた収入	<input type="checkbox"/> 給与	円	円	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 事業 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px dashed black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他 () </div>	円	円	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不動産	円	円	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 他 ()	円	円	年 月 日

※事業収入等の補てんとして取得する補償金等があれば、令和3年中の収入に含めてください。
 ただし、国や県および市から支給される各種給付金（特別定額給付金・持続化給付金等）は、含めません。