別記様式第１号（第４条関係）

新型コロナウィルス感染症に係る介護保険料減免申請書

年　　月　　日

当別町長　様

新型コロナウィルス感染症の影響に伴う次の理由により、介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名		本人との 関　係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人である場合は、申請者住所及び電話番号の記入は不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏名		性別	男　・　女
			電話番号	
	住所	〒		

減免を受けようとする保険料の額等

納期 （納期限）						
保険料額						
納期 （納期限）						合計
保険料額						

減免を申請する理由

新型コロナウィルス感染症の影響により

- □ 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、生活が著しく困難な状況となったため
- □ 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため

□　介護保険料の減免申請に伴い必要があるときは、私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の収入等の状況について調査することに同意します。

審査の結果、既に納付した保険料に還付金が発生した場合は、下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	店舗（本・支店）	種目	口座番号
			1　普　通 2　当　座 3（　　）	

フリガナ		金融機関 コード		支店 コード	
口座名義人					

記　載　例
（普通徴収の場合）

別記様式第１号（第４条関係）

新型コロナウィルス感染症に係る介護保険料減免申請書

令和●年　●月　●日

当別町長　様

新型コロナウィルス感染症の影響に伴う次の理由により、介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	介護　太郎	本人との関　係	本人
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人である場合は、申請者住所及び電話番号の記入は不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	カイゴ　タロウ	生年月日	昭和１２年　３月　４日
	氏名	介護　太郎	性別	(男)　・　女
			電話番号	0133-23-3029
	住所	〒 061-0234 当別町西町３２番地２　総合保健福祉センターゆとろ		

減免を受けようとする保険料の額等

納期（納期限）	R3第1期	R3第2期	R3第3期	R3第4期	R3第5期	R3第6期
保険料額	9,100	9,050	9,050	9,050	9,050	9,050
納期（納期限）	R3第7期	R3第8期	R3第9期			合計
保険料額	9,050	9,050	9,050			81,500

該当する箇所に✓を記載してください

減免を申請する理由

新型コロナウィルス感染症の影響により

- ☐ 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、生活が著しく困難な状況となったため
- ☐ 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため

☑　介護保険料の減免申請に伴い必要があるときは、私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の収入等の状況について調査することに同意します。

✓を記載してください

本人名義の口座を記載してください
※本人以外の口座への振込を希望する場合は、委任状を添付してください。

審査の結果、既に納付した保険料に還付金が生じた場合は、下記口座へ振込ください。

	金融機関名	店舗（本・支店）	種目	口座番号
口座振込依頼欄	北海道	当別	(1) 普通 2 当座 3（　　）	1 2 3 4 5 6 7

フリガナ	カイゴ　タロウ	金融機関コード	0	1	1	6	支店コード	5	0	6
口座名義人	介護　太郎									

記　載　例
（特別徴収の場合）

別記様式第１号（第４条関係）

新型コロナウィルス感染症に係る介護保険料減免申請書

令和●年　●月　●日

当別町長　様

新型コロナウィルス感染症の影響に伴う次の理由により、介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名	介護　太郎	本人との関　係	本人
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人である場合は、申請者住所及び電話番号の記入は不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	カイゴ　タロウ	生年月日	昭和１２年　３月　４日
	氏名	介護　太郎	性別	(男)　・　女
			電話番号	0133-23-3029
	住所	〒 061-0234 当別町西町３２番地２　総合保健福祉センターゆとろ		

減免を受けようとする保険料の額等

納期（納期限）	R3第1期	R3第2期	R3第3期	R3第4期	R3第5期	R3第6期
保険料額	16,980	16,980	16,980	16,980	16,980	16,980
納期（納期限）						合計
保険料額						101,880

該当する箇所に✓を記載してください

減免を申請する理由

新型コロナウィルス感染症の影響により

- ☐ 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、生活が著しく困難な状況となったため
- ☐ 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は失業したため

☑　介護保険料の減免申請に伴い必要があるときは、私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の収入等の状況について調査することに同意します。

✓を記載してください

本人名義の口座を記載してください
※本人以外の口座への振込を希望する場合は、委任状を添付してください。

審査の結果、既に納付した保険料に還付金が生じた場合は、下記口座に振込ください。

口座振込依頼欄	金融機関名	店舗（本・支店）	種目	口座番号
	北海道	当別	(1) 普通 2 当座 3（　　）	1 2 3 4 5 6 7

フリガナ	カイゴ　タロウ	金融機関コード	0	1	1	6	支店コード	5	0	6
口座名義人	介護　太郎									