

介護保険料減免申請書（新型コロナ減免用）

（宛先）東大阪市長

申請年月日		令和 4 年 6 月 25 日		受付印 見本			
被 保 者	電話番号	06 (1234) XXXX				※電話番号は必ずご記入ください。	
	住所	〒577-8521 東大阪市荒本北〇-△-×					
除 者	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 X X X	生年月日			明・大 略	24年 3月 XX日
	氏名	東大阪 太郎					
主たる生計維持者の氏名 （住民票上の同一世帯に限ります）		東大阪 一郎		続柄	長男		

新型コロナウイルス感染症の影響による次の理由により、納付が困難であるため、減免を申します。なお、減免の決定にあたり必要な場合は、関係機関に照会をすることに同意します。

（いずれか該当するものにチェックしてください）

<input type="checkbox"/>	① 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
<input type="checkbox"/>	② 主たる生計維持者の収入が著しく減少したため
<input checked="" type="checkbox"/>	③ 主たる生計維持者の収入が著しく減少し、廃業、失業したため

補助金・保険金等による補填額 _____ 円 名称 [_____]

次のとおり、令和4年中の収入を申告します（②③に該当する場合は記載してください）

給与収入 （勤務先複数の場合は合計額）		事業収入（売上高） （自営業・農業等）		不動産収入（売上高） （賃貸収入等）	
1月	200,000円	1月	円	1月	円
2月	200,000円	2月	円	2月	円
3月	150,000円	3月	円	3月	円
4月	50,000円	4月	円	4月	円
5月	0円	5月	円	5月	円
6月	0円	6月	円	6月	円
7月	0円	7月	円	7月	円
8月	0円	8月	円	8月	円
9月	0円	9月	円	9月	円
10月	0円	10月	円	10月	円
11月	0円	11月	円	11月	円
12月	0円	12月	円	12月	円
合計	600,000円	合計	円	合計	円

【添付書類】

- ①の場合 ・死亡診断書・診断書（1ヶ月以上の治療を有すると認められるもの）等の写し
- ②の場合 ・申請月までの収入が確認できる書類（給与明細・源泉徴収票・帳簿等の写し）
・令和3年中の収入がわかるもの（給与明細・源泉徴収票・確定申告書の控え等の写し）
- ③の場合 ・②の場合の書類に加え、下記の書類
・離職年月日が明記された書類（退職証明書・雇用保険受給資格者証・廃業届等の写し）