

# 介護保険料減免申請書（新型コロナ減免用）

受付印

（あて先）東大阪市長

申請年月日		令和 年 月 日	
被 保 険 者	電話番号	( ) ※電話番号は必ずご記入ください。	
	住所	〒	
被保険者番号		0 0	生年月日 明・大・昭 年 月 日
氏名			
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)			続柄

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、減免を申請します。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 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3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	円	1月	円	1月	円
2月	円	2月	円	2月	円
3月	円	3月	円	3月	円
4月	円	4月	円	4月	円
5月	円	5月	円	5月	円
6月	円	6月	円	6月	円
7月	円	7月	円	7月	円
8月	円	8月	円	8月	円
9月	円	9月	円	9月	円
10月	円	10月	円	10月	円
11月	円	11月	円	11月	円
12月	円	12月	円	12月	円
合計	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2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）