

年 月 日

## 新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

福津市長 様

次のとおり関係書類を添えて、新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免を申請します。

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

フリガナ		本人との関係		
世帯の生計を主として維持する者				
生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	男 ・ 女	
住所	〒			電話番号

申請項目 ※該当番号に○	1	主たる生計維持者が（死亡・障害・重篤な傷病） ※（死亡診断書、診断書、措置入院勧告書等）を添付してください。
	2	主たる生計維持者の事業収入等の減少

同意欄	介護保険料減免の要件確認のため、私の世帯の収入状況等について、必要な資料を官公庁、関係機関及び市の関係課に照会することに同意します。  <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>
-----	---