

# 松戸市介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(あて先) 松戸市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )

介護保険料について減免を受けたいので、松戸市介護保険条例第13条の規定により申請します。なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、介護保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

## 記

### 1 対象者

第1号被保険者の被保険者番号 ※0から始まる10桁の番号 (第1号被保険者)	0	0								
	氏名			生年月日			年	月	日生	
(生計を主として維持するもの) 氏名				生年月日			年	月	日生	

※以下の(1)または(2)に○を付けてください。

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第1号被保険者
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれる第1号被保険者

### 2 減免を受けようとする理由 (詳しく記入して下さい。)

減免申請に基づく、私及びその属する世帯の世帯員の市町村民税の内容を減免認定の目的で利用することについて同意いたします。
被保険者氏名 _____
世帯員氏名 _____
世帯員氏名 _____
世帯員氏名 _____