

【記入例】

松戸市介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

① 申請日をご記入ください。

(あて先) 松戸市長

② 申請者(被保険者)の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

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。

④ 減免を受ける方のお名前をご記入ください。

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	()	③ 介護保険の被保険者番号をご記入ください。			
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		

⑤ 世帯で生計を維持されている方のお名前をご記入ください。

※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

⑥ 該当箇所に○をしてください。

2 減免を受けようとする理由 (詳しく記入して下さい。)

⑦ 申請理由をご記入ください。

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。

⑧ 世帯員全員の同意欄への記入をお願いします。

被保険者氏名

世帯員氏名

世帯員氏名

世帯員氏名