

受付印

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

令和 年 月 日

出雲崎町長 あて

出雲崎町新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料減免要綱第4条の規定により申請します。なお、申請にあたっては、出雲崎町長が所得状況等を確認することについて同意します。

申請者氏名		電話番号	
被保険者氏名	(申請者と同じ場合は省略可)	被保険者番号	
住所	〒 -		

申請理由

主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症（以下、「感染症」）の影響により、以下の損害を受けた。  
(あてはまる箇所すべての□欄にレ点とその内容を記入してください。)

感染症により、主たる生計維持者が死亡、または重篤な傷病を負った場合

※死亡診断書または医師の診断書の写しをご提出ください。

感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下、「事業収入等」）の減少が見込まれ、次の1と2に該当する場合

1 世帯の主たる生計維持者の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。

※別表、表②のオの減少率が30%以上の場合

2 減少することが見込まれる世帯の主たる生計維持者の事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。

※別表の収入申告欄をご記入の上、収入の状況がわかる資料（給与明細、帳簿等）の写しをご提出ください。

※上記に加え、主たる生計維持者が業務を廃止・休止または失業した場合は、別表の収入申告欄をご記入の上、収入の状況が分かる資料（給与明細、帳簿等）の写しと廃業・休業または失業の事実がわかる資料（廃業届（控）の写し、退職証明書等）と収入の状況がわかる資料をご提出ください。