

介護保険料 減免・徴収猶予 申請書

越谷市長 宛

次のとおり 令和4年度 介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 電話番号		

主 た る 生 計 維 持 者	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 電話番号		

保険料の種別	普通徴収		この欄は、介護保険課で記載します。		
対象期別	4月 随時期	5月 随時期			
保険料額	円	円			
			段階	保険料年額	
保険料の種別	<input type="checkbox"/> 特別徴収	<input type="checkbox"/> 普通徴収			
対象期別	期(月期)	期(月期)	期(月期)	期(月期)	期(月期)
保険料額	円	円	円	円	円
対象期別	期(月期)	期(月期)	期(月期)	期(月期)	期(月期)
保険料額	円	円	円	円	円

申 請 理 由	1 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により減免を申請します。
	<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為
	<input type="checkbox"/> ②主たる生計維持者の収入の著しい減少の為
	<input type="checkbox"/> ③主たる生計維持者の事業等の廃止・失業
	2 所得段階が第2段階の介護保険料が納付困難により減額申請します。
<input type="checkbox"/> 介護保険料の納付が困難なため	

(下記、チェックいただくことで、添付資料の重複や市税申告書の提出は必要ありません。)

- この申請に関する情報及び添付資料について、国民健康保険税の減免並びに徴収猶予、介護保険料の減免並びに徴収猶予、後期高齢者医療保険の減免並びに徴収猶予の認定にあたって必要な項目を共有することに同意します。
- 介護保険料の減免等の判断を行うにあたり、主たる生計維持者が、越谷市外に住民票を有する場合、住民票のある市区町村に対し、住民税の申告内容を確認するため所得照会を行うことに同意します。