様式第１号（第５条関係）

利根町介護保険料減免申請書

年　　月　　日

利根町長　様

利根町新型コロナウイルス感染症による介護保険料の減免に関する取扱要綱第５条第１項の規定により，介護保険料の減免を申請します。

申請者	フリガナ 氏　名		被保険者 との関係	
	住　所	電話番号　　（　　）		

被保険者	フリガナ 氏　名	□申請者氏名に同じ	生年月日	年　　月　　日
			被保険者番号	
	住　所	□申請者住所に同じ　　電話番号　　（　　）		
生計維持者	フリガナ 氏　名	□申請者氏名に同じ	生年月日	年　　月　　日
			被保険者との関係	
	住　所	□申請者住所に同じ　　電話番号　　（　　）		

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴い，下記の理由により納付が困難なため減免を申請します。
	□ 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため
	□ 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため
	□ 主たる生計維持者の収入が減少したため