

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

米子市長 様

米子市介護保険条例第10条の規定により、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。
なお、申請にあたって、減免の審査において所得などの確認が必要な場合は、米子市が被
保者の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

申請者（納付義務者） 1			
氏 名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒 - 電話番号（ ） -		
申請者（納付義務者） 2		※同じ世帯の中で、同時に減免申請をする方がいる場合のみ記入。	
氏 名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
申請者（納付義務者） 3		※同じ世帯の中で、ほかに同時に減免申請をする方がいる場合のみ記入。	
氏 名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日

主たる生計維持者	
氏 名	

減免を受けようとする理由	
減免を受けようとする理由	新型コロナウイルス感染症により【世帯の主たる生計維持者】が、 <input type="checkbox"/> 死亡・重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> 事業収入等（給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入）の いずれかが3割以上減少見込み <input type="checkbox"/> 事業等の廃止又は失業 ※減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。
上記理由の発生日	令和 年 月