

**記載例**

介護保険料減免申請書  
(新型コロナウイルス感染症の影響による)

砺波地方介護保険組合 理事長 あて

次のとおり令和 1、2 年度の介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和 2 年 7 月 3 0 日
申請者氏名	砺波 太郎 印	被保険者との関係	子
申請者住所	〒 939-1392 砺波市栄町 7 番 3 号 電話番号 0763-34-8334		

1. 被保険者等

被 保 険 者	被保険者 番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	フリガナ	トナミ イチロウ	性別	男 ・ 女
	氏 名	砺波 一郎	生年月日	昭和 15 年 1 月 20 日
	住 所	〒 同上 電話番号		
生 計 維 持 者	氏 名	砺波 太郎		
	住 所	〒 同上		

令和元年度分及び令和 2 年度分の保険料のうち、令和 2 年 2 月 1 日から令和 3 年 3 月 3 1 日までの間に納期限（特別徴収の場合にあっては、特別徴収対象年金給付の支払日。）が定められている保険料。（未記入でも可）

2. 保険料の額等

納期限	保険料額
令和 2 年 2 月 1 4 日 ~ 令和 3 年 2 月 1 5 日	55,600 円

あてはまるものにチェックをしてください。  
理由を証明する書類を添付してください。

3. 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が次の事由に該当するため納付が困難であるため。

- 新型コロナウイルス感染症により死亡したため。（死亡日：令和 年 月 日）
- 新型コロナウイルス感染症により重篤な傷病を負ったため。  
（入院期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）
- 収入が減少したため

- (注意事項) 1. この申請書には、減免を必要とする理由を証明する書類を添付すること。  
2. 減免申請理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申し出ること。