

新型コロナウイルス感染症に係る吉田町介護保険料減免申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号												
	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女									
住所			電話番号										
減額又は免除を申請する理由	<p>1 新型コロナウイルス感染症により、第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため。</p> <p>2 新型コロナウイルス感染症の影響により、第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入等の減少が見込まれるため。</p> <p>※ 枠内の該当する番号に○印を付けてください。</p>												
<p>吉田町長 様</p> <p>吉田町介護保険条例附則第9条の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症に係る吉田町介護保険料の減額又は免除を受けたいので、次のとおり申請します。 なお、介護保険料の減額又は免除の審査のため、申請者及び世帯員の収入及び課税状況を吉田町が確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>													

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	