

介護保険料減免申請書(附票)

主たる生計維持者	減免申請理由	減少した収入の種類
住所 _____	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により主たる生計維持者の事業収入等が減少した または、事業等を廃止・失業した	<input type="checkbox"/> 事業収入(業種等) <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> その他()
氏名 _____		

	2019年中(H31・R1)の状況を記入 収入金額(円)	2020年中(R2)の状況を記入 収入金額(円)	備考
	1月		
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
合計	(A)	(B)	
保険金・損害賠償等により補填される金額(円)	(C)		※国・県・町から支給される各種給付金(特別定額給付金、持続化給付金等)は除きます。
(B) - (C) (円)	(D)		
減収割合 $(1 - (D) / (A)) \times 100(\%)$			※30%以上が要件となる。

※事実根拠や収入状況の分かる資料を添付してください。