

介護保険料減免申請書

穴水町長 様

次のとおり令和 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ											生年月日	明 大 昭 年 月 日	
	氏 名											性 別	男 . 女	
	住 所	〒												
		電話番号												

申請理由	<p>①令和6年能登半島地震によるもの</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした (下記事由にも<input checked="" type="checkbox"/>をお願いします)</p> <p><input type="checkbox"/> 全壊 (長期避難世帯を含む) <input type="checkbox"/> 床上浸水</p> <p><input type="checkbox"/> 半壊・中規模半壊・大規模半壊 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 主たる生計維持者の行方が不明である</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は休止した</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない</p> <p>②その他理由</p>
------	--