様式第17号(第26条関係)

介護保険料徴収猶予・減免申請書

　ふじみ野市長　宛て

　　下記のとおり令和４年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒電話　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる生計維持者 | フリガナ | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 氏名 | 　 |
|
| 住所 | 〒電話　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | □(A)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または重篤な傷病を負った。□(B)新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業等が廃止、または失業した。□(C)新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入が減少した。により次の保険料の徴収猶予・減免の申請をします。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 徴収猶予・減免を受けようとする保険料額及び納期限 | 　 |
| 特徴対象年金支払月 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　　考 | **〇(B)(C)に係る確認事項（減少が見込まれる収入のみ記載）**（□給与収入 □事業収入 □不動産収入 □山林収入）・令和３年中の収入は約　　　　　　　　　　　　　　円でした。・減少前の収入　令和４年１月から令和４年　　月は、約　　　　　　　　　　　　　円でした。・減少後の収入　令和４年　　月から令和４年１２月の収入見込は約　　　　　　　　　　　　　円です。**〇情報共有について**□属する世帯において、国民健康保険、後期高齢者医療保険の被保険者がいる場合、書類提出等の情報を共有することに同意します。**〇減少した収入に補塡されるべき金額の有無（保険金・損害賠償など）**無　・　有（有の場合は、それらを証する上記書類の写しを添付） |