

介護保険料 徴収猶予 免除 申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください
2 □のある欄は、該当する箇所には印をつけてください。

申請者	氏名							被保険者との関係				
	住所	〒									電話番号	() () ()
申請区分		<input type="checkbox"/> 徴収猶予		<input checked="" type="checkbox"/> 減免								
被保険者	被保険者番号											
	フリガナ							生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			
	氏名 (個人番号)	() () () () () () () () ()							年	月	日	
	住所	〒									電話番号	() () ()
	世帯主氏名											
徴収猶予・減免を受けようとする保険料	期間	令和 年度 第 期 から 第 期 まで										
		令和 年度 第 期 から 第 期 まで										
	保険料額											円
	徴収区分	<input type="checkbox"/> 普通徴収					<input type="checkbox"/> 特別徴収					
申請の理由	新型コロナウイルス感染症(の影響)により、世帯の主たる生計維持者が <input type="checkbox"/> 令和4年の事業収入等(給与含む)が令和3年より3割以上減少する見込みである。 <input type="checkbox"/> 死亡した。 <input type="checkbox"/> 重篤な傷病を負った(回復までに1ヶ月以上の治療を要することとなった)。 世帯の主たる生計維持者の氏名 _____											
特記事項												

備考

- 1 徴収猶予又は減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。
2 被保険者証を提示してください。← 被保険者証の提示は不要です。

裏面もご記入ください

【 同 意 欄 】

いわき市長 様

この申請に係る審査において必要があるときは、私及び私の世帯員の収入及び資産等の状況について、市が官公署に必要な書類の提出を求め、又は金融機関、雇用主その他関係機関に報告を求めることに同意します。

また、この申請の内容に虚偽があったときは、この申請に基づく処分を取り消されても異議はありません。

介護保険料の減免を受ける第一号被保険者 _____

世帯の主たる生計維持者 _____

【提出書類 チェックリスト】

減免の要件	提出書類
令和4年の事業収入等(給与含む)が令和3年より3割以上減少する見込みであること。	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の状況申告書 <input type="checkbox"/> 事業収入等の月別状況明細書
事業収入(自営業、農漁業等の収入)、 不動産収入(地代・家賃等の収入)、 山林収入(山林を立木のまま、または伐採して譲渡することで生じる収入) の場合	<input type="checkbox"/> 令和3年分の確定申告書の控え又は帳簿等の写し ※確定申告書の「収入金額等」欄に記載がない場合は「収支内訳書」又は「青色申告決算書」の写しも添付 <input type="checkbox"/> 令和4年分の帳簿等の写し(収入が最も減少した月及び直近の月の分) <input type="checkbox"/> 減収に対する保険金、損害賠償金の金額がわかるものの写し <input type="checkbox"/> 令和2年分の確定申告書の控え又は帳簿等の写し <input type="checkbox"/> 令和3年分の帳簿等の写し(収入が最も減少した月及び直近の月の分) <input type="checkbox"/> 令和3年度の減収に対する保険金、損害賠償金の金額がわかるものの写し
令和3年度相当分の保険料減免に該当する場合は、次の書類も提出してください。	
給与収入の場合 令和3年度相当分の保険料減免に該当する場合は、次の書類も提出してください。	<input type="checkbox"/> 令和3年分給与の源泉徴収票、又は給与明細1年分 <input type="checkbox"/> 令和4年分の給与明細書(収入が最も減少した月及び直近の月の分) <input type="checkbox"/> (上記の資料がない場合)令和3年分及び令和4年分の給与証明書 <input type="checkbox"/> 令和2年分給与の源泉徴収票、又は給与明細1年分 <input type="checkbox"/> 令和3年分給与の源泉徴収票、又は給与明細1年分 <input type="checkbox"/> (上記の資料がない場合)令和2年分及び令和3年分の給与証明書
死亡した。	<input type="checkbox"/> 医師による死亡診断書の写し
重篤な傷病を負った(概ね1ヶ月以上の治療を要することとなった)。	<input type="checkbox"/> 医師による診断書、入院証明書 等

【口座振込依頼書】

減免された介護保険料について過誤納還付金が発生した場合は、下記の口座に振込みくださるよう依頼します。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	
支店名(銀行等)	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/>	
店番(ゆうちょ銀行)				
口座番号(普通口座のみ)	普通			
口座名義人	フリガナ			

※被保険者ご本人の口座の内容をご記入ください。(ご本人以外の口座を指定する場合には委任状が必要です。)