

国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料 減免申請書

令和 年 月 日

玉野市長 宛

申請人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 世帯主名 \_\_\_\_\_

私（申請人）及び世帯員について、次の科目の減免を申請します。

申請にあたっては、当該減免について所得等の制限がある場合は、玉野市長が私（申請人）の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

なお、下記理由に該当しなくなった場合は、速やかに届け出るとともに、減免の全部又は一部を取り消されても意義はありません。

科 目	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料			
主に世帯の生計を維持している人 (主たる生計維持者)	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	氏名		申請人との続柄	
	住所			
世 帯 員 (同一世帯の全ての世帯員)	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
保険金、損害賠償等により補填されるべき金額の有無	<input type="checkbox"/> 有 国・県・市からの給付金等 (A) ( _____ 円) その他 (B) ( _____ 円) <input type="checkbox"/> 無			

1 減免を受けようとする理由

- (1) 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し、又は重篤な傷病を負ったため
- (2) 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の減少が見込まれるため
- (3) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が廃業または失業したため

2 添付書類

本人確認書類（郵送申請の場合はコピー）

理由が(1)の場合 診断書等の写し

理由が(2)の場合 収入の減少が確認できる書類と前年の収入状況が確認できる書類等

理由が(3)の場合 退職証明書、解雇通知書、雇用保険受給資格者証、廃業届など

	受付	保険年金課	長寿介護課
玉野市処理欄			