

介護保険料減免申請書

被 保 険 者	フリガナ	センダイ イチロウ		被保険者番号 ※右詰で記載願います。	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	氏名	仙台 一郎											
	生年月日	昭和25年 6月 1日生		性別	男		女						
	住所	〒000-0000 仙台市青葉区●●1-2-3											
電話番号	022 (999) 9999												
生 計 維 持 者	フリガナ	センダイ カスオ		被保険者との 関係	長男								
	氏名	仙台 一男											
	生年月日	昭和50年 7月 1日生		性別	男		女						
	住所	〒 同上											
電話番号	090 (9999) 9999												
代 申 筆 請 者	フリガナ			被保険者との 関係									
	氏名												
	生年月日	年 月 日生		性別	男		女						
	住所	〒											
電話番号	()												
同 意 欄	介護保険料に係る減免を申請します。 なお、この申請に係る審査のために必要がある場合には、仙台市が私及び私の世帯員の所得の状況について調査を行うことに同意します。 あて先 仙台市 青葉 区長 申請日 令和 4 年 6 月 15 日												

減 免 を 申 請 す る 理 由	<p>該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>新型コロナウイルス感染症による影響により、</p> <p>1 生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った。</p> <p>② 生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる。</p> <p>※減少する見込みの収入種類すべてを○で囲んでください。 給与 ・ 事業 不動産 ・ 山林</p> <p>※次の要件すべてに該当する場合に対象となります。</p> <p>① 令和4年の事業収入等の減少額（保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を除く）が、令和3年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。</p> <p>② 減少が見込まれる令和4年の事業収入等に係る所得以外の令和3年の所得の合計額が400万以下である。</p> <p>※令和4年4月1日以降に納期限が到来する令和3年度保険料の減免を申請する場合は、次のとおり読み替える。 「令和4年 → 令和3年」、「令和3年 → 令和2年」</p>
	記 所 得 等 入 減 少 事 由

介護保険料の減免申請に必要な添付書類

- 世帯の主たる生計維持者が死亡した場合
 - ・死亡診断書、埋葬許可証、戸籍謄抄本
- 世帯の主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
 - ・医師による診断書（1か月以上の治療を要するもの）
- 世帯の主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる場合
 - ・令和3年の収入が確認できるもの：確定申告書（控）、源泉徴収票など
（令和4年4月1日以降に納期限が到来する令和3年度保険料の減免を申請する場合は、令和2年の収入が確認できるもの）
 - ・令和4年1月以降の収入が確認できるもの：売上台帳、給与明細など
 - ・申請月以降の収入見込みが分かるもの
 - ・損害保険等により補てんされる金額が分かるもの
- 世帯の主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業した場合
 - ・廃業届、退職証明書、雇用保険受給資格者証など
- 世帯の主たる生計維持者が被保険者と異なる場合
 - ・世帯の主たる生計維持者と被保険者との扶養関係が分かるもの
 - ・生計維持に係る支払いが確認できるもの：介護サービス等利用料の請求書、預金通帳など

【仙台市処理欄】	介護保険料	文書記号・文書番号	第	号
該当規定	新型コロナウイルス感染症による影響を受けた場合等の仙台市介護保険料減免取扱要綱	左記のとおり、決定してよろしいか伺います。		
適用期間	年度 第 期 ↓ 年度 第 期	起案年月日	令和	年 月 日
		決定年月日	令和	年 月 日
決定内容案	<input type="checkbox"/> 全額減免 <input type="checkbox"/> 8/10減免 <input type="checkbox"/> 却下	課 長	係 長	担 当
				入力・照合