

新型コロナウイルス感染症の影響に係る } 減免申請書

塩尻市国民健康保険税
塩尻市介護保険料
長野県後期高齢者医療保険料

年 月 日

(あて先)
塩尻市長
長野県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所
氏名
(世帯主)
電話番号
(日中の連絡先)

塩尻市及び長野県後期高齢者医療広域連合の各条例等の規定により、次のとおり減免を申請します。

なお、申請に当たっては、当該申請に所得等の制限がある場合は、塩尻市長が私及び私の世帯員の所得状況等を確認することに同意します。

1 減免申請理由等

主たる生計維持者の氏名等を記載し、該当する減免申請理由に☑してください。

※減免の対象は、世帯の主たる生計維持者が死亡又は1か月以上の治療が必要となる重篤な傷病を負った場合、あるいは事業収入等の減少が見込まれる場合です。

| | | | |
|------------|---|------|-------|
| 主たる生計維持者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 減免申請理由 | <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡又は重篤の傷病のため ※死亡診断書の写し又は重篤な傷病の場合は医師の診断書の写し等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等が減少したため ※別紙様式1「所得状況等に係る申出書」及び申出書記載の書類を添付してください。 | | |

2 減免申請する保険税(料)

減免を申請する税等の区分の全てに☑をし、被保険者情報等を記入してください。

| 税等の区分 | 被保険者情報等 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 (市民課国保年金係) | ・被保険者番号 () |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 (市民課国保年金係) | ・被保険者氏名及び被保険者番号 (<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 番号) (氏名 番号) (氏名 番号) (氏名 番号) |
| <input type="checkbox"/> 介護保険料 (長寿課介護保険係) | ・被保険者氏名及び被保険者番号 (<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 番号) (氏名 番号) (氏名 番号) (氏名 番号) |

- 【注意事項】 1 手続き上必要な場合は、連絡することがありますので御了承ください。
2 申請は一括で受理しますが、決定(却下)通知書は個別に送付します。

| | | | | |
|------|------------|----|----|----|
| 市処理欄 | 受付 | 国保 | 後期 | 介護 |
| | 市民課 長寿課 | | | |