

申請日 令和 年 月 日

## 令和6年能登半島地震による介護保険料減免・介護サービス利用料免除申請書

(宛先) 津幡町長 \_\_\_\_\_

申請代表者の署名により、申請対象者全員の減免等について下記事項に同意し減免等を申請します。

- ・減免等の審査のため、町が各種関係機関に対して調査を行うことがあります。
- ・申請内容に誤りや偽りが認められた場合は、減免等を取り消します。

|              |     |   |      |               |
|--------------|-----|---|------|---------------|
| <b>申請代表者</b> | 氏名  | 自署による署名をお願いします。(下記申請対象者の内1名)                    | 自宅電話 | (     )     — |
|              |     |   | 携帯電話 | (     )     — |
|              | 住所  |   |      |               |
|              | 送付先 | 〒     —     (※上記住所での郵便物の受領が難しい場合は、送付先をご記入ください。) |      |               |

| 申請対象者 | 被保険者（世帯員氏名）<br><small>※令和6年度中に65歳になる方を含みます</small> |  | 生年月日 | ※町使用欄  |       |         |    |
|-------|--|--|------|--------|-------|---------|----|
|       |  |  |      | 被保険者番号 | 介護保険料 | サービス利用料 | 備考 |
|       | 1  |  |      |        |       |         |    |
|       | 2  |  |      |        |       |         |    |
|       | 3  |  |      |        |       |         |    |
|       | 4  |  |      |        |       |         |    |
|       | 5  |  |      |        |       |         |    |
|       | 6  |  |      |        |       |         |    |
|       | 7  |  |      |        |       |         |    |
|       | 8  |  |      |        |       |         |    |

|      |  |
|------|--|
| 罹災区分 |  |
|------|--|

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>申請理由</b>   | 減免等の対象となる理由・必要書類にチェック☑し、必要事項を記入してください。                                |   |
|   | 減免対象となる理由   | 必要書類等   |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 居住する住宅に罹災区分のとおり損害を受けた             | <input type="checkbox"/> 罹災証明書<br><small>(津幡町以外で罹災証明書が発行されている場合に必要です)</small> |
|   | <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡、重篤な傷病、障害者、行方不明となった               | <input type="checkbox"/> 診断書<br><input type="checkbox"/> 警察等への行方不明に係る届出等      |
|   | <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入などが減少し、その減少額が前年の収入額の10分の3以上となった | <input type="checkbox"/> 廃業届、離職証明書、解雇通知、収入状況等の申告書等                            |
| <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が業務を廃止、休止、失職し現在収入がない | <input type="checkbox"/> 給与証明書、年金収入証明書その他収入の種類及び本年中の総収入額（見込額）がわかるもの   |   |

※裏面もご確認ください。

■減免等決定後、介護保険料等が還付される場合があります。振込先については、原則、本人名義の振替口座（介護保険料を引き落としている口座）に還付します。

本人名義の振替口座がない場合や振替口座とは別の口座に振り込みを希望する場合は、以下に記入をお願いします。

※減免等対象となる申請対象者全員の口座番号等の記入をお願いします。

※還付金が発生しない場合は以下に記入があっても使用いたしませんので、ご了承ください。

| 住所・氏名等 | 振込先       |      |     |
|--------|-----------|------|-----|
| 住所・所在地 | 銀行        |      | 本店  |
|        | 金庫        |      | 支店  |
|        | 農協        |      | 出張所 |
| 氏名・名称等 | 普通・当座     | 口座番号 |     |
|        | 口座名義人（カナ） |      |     |

| 住所・氏名等 | 振込先       |      |     |
|--------|-----------|------|-----|
| 住所・所在地 | 銀行        |      | 本店  |
|        | 金庫        |      | 支店  |
|        | 農協        |      | 出張所 |
| 氏名・名称等 | 普通・当座     | 口座番号 |     |
|        | 口座名義人（カナ） |      |     |

| 住所・氏名等 | 振込先       |      |     |
|--------|-----------|------|-----|
| 住所・所在地 | 銀行        |      | 本店  |
|        | 金庫        |      | 支店  |
|        | 農協        |      | 出張所 |
| 氏名・名称等 | 普通・当座     | 口座番号 |     |
|        | 口座名義人（カナ） |      |     |

| 住所・氏名等 | 振込先       |      |     |
|--------|-----------|------|-----|
| 住所・所在地 | 銀行        |      | 本店  |
|        | 金庫        |      | 支店  |
|        | 農協        |      | 出張所 |
| 氏名・名称等 | 普通・当座     | 口座番号 |     |
|        | 口座名義人（カナ） |      |     |