様式第１号（第２条関係）

令和　　年　　月　　日

新型コロナウィルス感染症に係る介護保険料減免申請書

小野町長　様

申請者　　住　　所　小野町大字

　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　電話番号　　０２４７（　　　）

小野町介護保険条例第９条の規定により次のとおり介護保険料の減免を申請します。

記

１　被保険者等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 　 |
| 住　　　所 | 小野町大字 |
| 被保険者番号 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 主たる生計維持者 | 　 |

２　減免を受けようとする保険料の額等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 徴収方法 | 期別（納期） | 保険料額 |
|  |  | 円　 |
|  |  | 円　 |
|  |  | 円　 |
| 合計 |  | 円　 |

３　申請の理由

|  |
| --- |
|  |