

令和6年能登半島地震に伴う災害に係る介護保険料減免申請書

申請年度	令和 年度	整理番号	
令和 年 月 日			
佐渡市長 様			
申請者(被保険者) 住所 _____			
氏名 _____			
次のとおり、申請します。			
減免を受けようとする 保険料の年度	令和 年度		
減免を受けようとする 保険料の月の区分	令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に 納期限が定められているもの		
減免を受けようとする 保険料	納税通知書のとおり 円		
減免を受けようとする 理由	<input type="checkbox"/> 居住する住宅に損害を受けたため・・・罹災証明書を添付 地震による被害を受けたことにより 主たる生計維持者(氏名: _____ 生年月日: 年 月 日)の、		
※該当するものに☑ をつける	<input type="checkbox"/> 死亡もしくは障害者または重篤な傷病・・・死亡診断書または診断書 等を添付 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業収入等の減少が見込まれるため・・・収入見込額申出書を添付		

減免決定後、到来している納期等で納付済みの保険料が還付となった場合は、以下の口座に振込みください。

金融機関	銀行・信組・ 信金・金庫・ 農協・信漁連						本店 支店 出張所	
指定口座	普通・当座	番号						
フリガナ								
口座名義人								

還付金の受領については、()に委任します。

委任者(被保険者)氏名 _____