別記様式第1号（第4条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免申請書

年　　月　　日

大泉町長　　様

申請者　　住所

氏名　　印

電話番号（　　－　　）

申請に来た者　氏名

電話番号（　　－　　）

大泉町介護保険条例第10条の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請いたします。
なお、申請にあたり、申請者及び世帯の主たる生計維持者の収入状況等について閲覧・照会することに同意します。

被保険者番号	
減免の理由	
減免金額	年度　第　　期から　　年度　第　　期まで　　合計　　円

		氏　　名	生年月日	性別	町民税課税・非課税等の状況
世帯構成	被保険者		年　月　日	男・女	
	世帯主			男・女	
	世帯員			男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	

※　添付書類　　減免理由を証明するもの。