

年 月 日

住所
氏名
電話番号

1 主たる生計維持者の減少見込みの収入

主たる生計維持者の氏名	収入の種類	①令和2年中の収入額 (円)	②令和3年中の収入見込額 (円)	減少額 ① - (② + ③)
	給与			
	事業			
	不動産			
	山林			

※上記の収入のいずれかの減少額が①の30%以上の場合に、対象となります。

(上記以外の収入減少については、本減免の対象外となります。)

※①の欄は、所得税の確定申告をされた方は申告書の控えから転記してください。

ただし、①、②については持続化給付金等、国や都道府県から支給される各種給付金を差し引いた額を計上してください。

2 収入減少により受け取った保険金・損害賠償金等の額 (円)

③

3-1 主たる生計維持者の所得について

主たる生計維持者の氏名	収入の種類	④令和2年中の所得額 (円)
	給与	
	事業	
	不動産	
	山林	
	(その他)	
合計		

※次ページについてもご記載ください。

3-2 主たる生計維持者以外の国民健康保険被保険者全員の所得について

(※介護保険料の減免申請のみの場合、記載不要)

被保険者氏名	収入の種類	④令和2年中の所得額 (円)
合計		

4 事業廃止・失業の該当有無

有・無

※事業の廃止・失業についてはこれらの事実が確認できる書類を添付してください。

5 主たる生計維持者の令和3年中の収入見込額計算書

収入の種類	⑤申請時までの収入額 (実績) (円)	⑥申請後の収入額 (見込) (円)	⑦令和3年中の収入見込額 (円) (⑤+⑥)
給与			
事業			
不動産			
山林			

※①、②について、持続化給付金等、国や都道府県から支給される各種給付金を差し引いた額を計上してください。

6 当申告書における収入状況等を保険年金課と長寿応援課にて情報共有する事について

一方に○を付けてください	同意します ・ 同意しません
--------------	----------------

※減免の申請書は国民健康保険税と介護保険料にて別様式となっております。

申請はそれぞれの様式にて行ってください。

※収入額の見込は、新型コロナウイルス感染症の影響により、収入額が減少した実績が確定している期間を基準として、それを年額換算するなどして見積もってください。

※令和2年中所得等が未申告の方は、申告が済んでから減免申請をしてください。

※収入の状況がわかる書類（給与明細の写し、帳簿の写し等）を添付してください。