

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う減免に係る収入状況等申告書

(後期高齢者医療保険料減免申請書用)

令和 年 月 日

主たる生計維持者 (世帯主)		ふりがな	
		氏名	
ふりがな		ふりがな	
被保険者氏名		被保険者氏名	

※世帯主の方と被保険者の方が同一人物の場合は、主たる生計維持者の欄に記入してください。

1. 主たる生計維持者の減少見込の収入について (減少が見込まれる収入が複数ある場合は、それぞれ記入してください。)

収入の種類	令和2年中の 収入額①	令和3年中の 収入見込額②	控除額③	減少率 (①-②-③) / ①
<input type="checkbox"/> 給与	円	円	円	%
<input type="checkbox"/> 事業	円	円	円	%
<input type="checkbox"/> 不動産	円	円	円	%
<input type="checkbox"/> 山林	円	円	円	%

※対象となる収入の種類は、給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入です。

※控除額とは、対象の収入減少に対して受け取った保険金及び損害賠償等補填される金額です。

2. 主たる生計維持者及び全ての被保険者の所得について (基礎控除や各種控除を適用する前の額)

氏名	所得の種類	令和2年中 の所得額	氏名	所得の種類	令和2年中 の所得額
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円	合計		円

事業の廃止・失業の場合は該当する方を○で囲んでください

事業の廃止 失業

※事業の廃止・失業の場合は、それぞれ確認できる書類を添付してください。
 ※収入が減少した場合は、昨年(令和2年1月～令和2年12月)の収入が分かるもの(給与明細書、確定申告書の控えなど)令和3年1月から申請する月までの収入が分かるもの(給与明細書、収入と必要経費が確認できる帳簿など)を添付してください。

(市担当者記入欄)

【確認事項】

該当

◆1の事業収入等のいずれかの減少率が30%以上である。	
◆2の主たる生計維持者の前年の所得合計額が1,000万円以下である。	
◆1の中で30%以上減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。	