

新型コロナウイルス感染症の影響による保険税・保険料減免に係る収入申告書

令和 年 月 日

主たる生計維持者（世帯主）		
(ア)	住所	電話番号
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
被保険者	国保	岡 37
	介護	
	後期	

※介護保険・後期高齢者医療保険の被保険者の方をご記入ください。

(イ)	フリガナ	
	被保険者	
	氏名	
	被保険者	介護
(ウ)	フリガナ	
	被保険者	
	氏名	
	被保険者	介護

主たる生計維持者の収入申告書

※経費を引く前の収入金額を記入してください。

※収入を証明する書類の写しを添付してください。（売上台帳・給与明細・預金通帳など）

※失業・廃業した場合は、そのことが分かる書類の写しを添付してください。

※減少した収入が2種類以上ある場合は、1種類につき1枚使用してください。（2枚目以降は収入申告書欄のみ記載）

収入の種類①	実績	<input type="checkbox"/> 事業	<input type="checkbox"/> 不動産
		<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 山林
令和2年1月	実績		円
令和2年2月	実績		円
令和2年3月	実績		円
令和2年4月	実績		円
令和2年5月	実績		円
令和2年6月	実績・見込み		円
令和2年7月	実績・見込み		円
令和2年8月	実績・見込み		円
令和2年9月	実績・見込み		円
令和2年10月	実績・見込み		円
令和2年11月	実績・見込み		円
令和2年12月	実績・見込み		円
合計 (A)			円

①に係る収入の 令和元年中の合計額 (B)
円

※確定申告書等により算定してください。

保険等により補填される金額 (C)
円

※補填される金額とは、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。
国や県から支給される各種給付金については含めません。

減少割合
$\{1 - (A + C) \div B\} \times 100$
%

※事業の廃止・失業の場合は、該当月にその旨を記載してください。

【誓約・同意事項】 ※項目にチェックを入れ署名・捺印して下さい。

申告内容を審査するため、広域連合及び町が必要な所得・課税情報等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。

収入および所得の状況については収入申告書に記載のとおりです。なお、事実とは異なる内容であることが判明した場合は、減免額の変更または減免の取消をされても異議はありません。

申請者（世帯主又は被保険者） _____ (印)

【確認事項】（市町村担当者記入欄）

該当

◆①の事業収入等が10分の3以上減少している。	
◆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。	
◆10分の3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。	