

# 新型コロナウイルス感染症の影響により、収入が減少したこと等による 介護保険の第一号保険料の減免のための収入等申告書

**記 入 例**

令和 年 月 日

足寄町長 渡 辺 俊 一 様

介護保険料の減免申請に伴う審査にあたり必要があるときは、私及び私の属する世帯の主たる生計維持者（以下「生計維持者」という。）の収入状況及び雇用条件等（勤務先、勤務先が事業主である場合は事業主の氏名、勤務先が事業主でない場合は事業主の氏名、勤務先が事業主でない場合は事業主の氏名、勤務先が事業主でない場合は事業主の氏名、勤務先が事業主でない場合は事業主の氏名）を、本申告書を関係機関へ開示することに同意します。

本 人（第一号被保険者）	氏 名
主 たる 生 計 維 持 者	氏 名
生 計 維 持 者 の 勤 務 先 (失業・廃業の場合は以前の勤務先)	会社名 <span style="float: right;">Tel</span>
失業・廃業の場合における 離 職 ・ 廃 業 年 月 日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 離職 ・ <input type="checkbox"/> 廃業
生計維持者が新型コロナウイルス感染症に（ <input type="checkbox"/> 罹患した・ <input type="checkbox"/> 罹患していない）	

介護保険料の減免を申請される方の氏名を記入してください。

主たる生計維持者（世帯の中で最も収入の高い方）の氏名を記入して下さい。（上記「本人」と同一の場合は記入不要です。介護保険料の減免を申請される方の氏名を記入して下さい。

○主たる生計維持者の令和2年中の事業収入等【見込額は（ ）書きとしてください。】

		1月分	2月分	3月分	4月分	5月分	6月分
		収 入 の 内 訳	給与収入	円	円	円	円
営業収入	円		円	円	円	円	円
農業収入	円		円	円	円	円	円
不動産収入	円		円	円	円	円	円
山林収入	円		円	円	円	円	円
7月分	8月分		9月分	10月分	11月分	12月分	合計
	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円

上記の5項目のうち、いずれかの減少率が30%を超える場合、減免の対象となる場合があります。それぞれに収入金額を記入いただき、確定申告書、源泉徴収票、通帳コピー等の収入を確認できる書類をご用意ください。

※国や都道府県から支給される各種給付金（特別定額給付金、持続化給付金等）は含めないで下さい。

○主たる生計維持者の事業収入等の実績と見込額

項 目	平成 31 年中 収入額 A	令和 2 年中		減少率(%) (A-B-C) / A × 100
		収入見込額 B	保険・補償金等 C	
給与収入	円	円	円	%
営業収入	円	円	円	%
農業収入	円	円	円	%
不動産収入	円	円	円	%
山林収入	円	円	円	%

※令和2年補償金等には、事業収入等の補填として取得する補償金等の金額を記入して下さい。