

記載例

行田市介護保険条例第9条項の規定に基づく介護保険料減免の申請にともない必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入等の状況について、保険者が、官公署に必要な資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他機関もしくは私の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

記

1 減免対象の第1号被保険者の氏名等に関すること

被保険者番号	1111111111		
氏名	行田花子	生年月日	S25.1.1
住所	行田市本丸2-5		

2 世帯の主たる生計維持者の減少見込み額等

(1) 世帯の主たる生計維持者の氏名等に関すること

氏名	行田 太郎
住所	行田市本丸2-5

新型コロナウイルス感染症の影響により減収が見込まれる事業収入等について記入してください。

※主たる生計維持者は、住民票上の同一世帯の方で、世帯

(2) 世帯の主たる生計維持者の収入の減少見込みに関すること

減少した収入の種類(ア)	事業収入	不動産収入	給与収入	山林収入
申請時までの収入実績額① (令和2年1月から4月まで)			570,000円	
今後の収入見込額② (令和2年5月から12月まで)			500,000円	
令和2年中の推定年収額 ①+②=③			1,070,000円	
収入減少により受け取った、保険金等の額④				0円
(ア)に係る昨年中の収入⑤			1,620,000円	
減少率 1 - (③+④) / ⑤				34.0%

確定申告書などから転記してください。

※ 減少率が30%未満の場合は対象となりません

(3) 世帯の主たる生計維持者の所得等に関すること

所得の種類	令和元年中の所得額
年金	1,300,000円
給与	650,000円
合計	1,950,000円

平成31(令和元年)年中の所得金額について確定申告書等を確認し記入ください。

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

