

介護保険料減免に係る減収申出書（新型コロナウイルス感染症の影響による）

主たる生計維持者

1. 主たる生計維持者の減収が見込まれる収入について

(3/10以上の減少が見込まれないものについては記入不用)

減収が見込まれる収入の種類	令和4年中収入見込み額※1	保険金、損害賠償等により補填されるべき金額※2	令和3年中収入額※3	令和3年中所得額
事業収入	円	円	円	円
給与収入	円	円	円	円
不動産収入	円	円	円	円
山林収入	円	円	円	円

※2 金額がわかる資料を添付してください。(保険契約書、帳簿の写し等)

※3 令和3年中の収入額がわかる書類を添付してください。(令和3年確定申告書第一表の控えの写し等(収入金額の記載がない場合は収支内訳書又は青色申告決議書の写し))

※1 令和4年中収入見込み額の算出について

月	どちらかに○をしてください	収入の種類			
1月	確定・見込み	円	円	円	円
2月	確定・見込み	円	円	円	円
3月	確定・見込み	円	円	円	円
4月	確定・見込み	円	円	円	円
5月	確定・見込み	円	円	円	円
6月	確定・見込み	円	円	円	円
7月	確定・見込み	円	円	円	円
8月	確定・見込み	円	円	円	円
9月	確定・見込み	円	円	円	円
10月	確定・見込み	円	円	円	円
11月	確定・見込み	円	円	円	円
12月	確定・見込み	円	円	円	円
合計		円	円	円	円

※到来月の実収入については、給与明細や帳簿の写し等を添付してください。

2. 主たる生計維持者の収入について

令和3年の合計所得額	円
------------	---

3. 事業の廃止・失業について（該当するものに○をしてください。）

該当なし ・ 事業の廃止 ・ 失業

※事業の廃止等の場合、確認できる資料を添付してください（廃業届や離職票の写し等）

<p>収入見込み及び所得の状況について上記に記載のとおりです。 また、決定要件の確認のため砺波地方介護保険組合が必要な所得・課税情報の確認を行うことに同意します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者</p>
--

記載例

主たる生計維持者 **砺波 太郎**

1. 主たる生計維持者の減収が見込まれる収入について

(3/10以上の減少が見込まれないものについては記入不用)

減収が見込まれる収入の種類	令和4年中収入見込み額※1	保険金、損害賠償等により補填されるべき金額※2	令和3年中収入額※3	令和3年中所得額
事業収入	3,000,000円	0円	5,000,000円	2,500,000円
給与収入	円	円	円	円
不動産収入	100,000円	0円	300,000円	100,000円
山林収入	円	円	円	円

※2 金額がわかる資料を添付してください。(保険契約書、帳簿の写し等)

※3 令和3年中の収入額がわかる書類を添付してください。(令和3年確定申告書第一表の控えの写し等(収入金額の記載がない場合は収支内訳書又は青色申告決議書の写し))

※1 令和4年中収入見込み額の算出について

月	どちらかに○をしてください	収入の種類			
		事業収入	不動産収入		
1月	確定・見込み	350,000円	25,000円	円	円
2月	確定・見込み	300,000円	25,000円	円	円
3月	確定・見込み	150,000円	25,000円	円	円
4月	確定・見込み	50,000円	25,000円	円	円
5月	確定・見込み	50,000円	0円	円	円
6月	確定・見込み	150,000円	0円		
7月	確定・見込み	200,000円	0円		
8月	確定・見込み	300,000円	0円		
9月	確定・見込み	300,000円	0円		
10月	確定・見込み	350,000円	0円		
11月	確定・見込み	400,000円	0円		
12月	確定・見込み	400,000円	0円	円	円
合計		3,000,000円	100,000円	円	円

減少が見込まれる事業収入等にかかる令和3年中の所得金額や令和3年中の合計所得金額が0円以下の場合には減免対象となりません。

※到来月の実収入については、給与明細や帳簿の写し等を添付してください。

2. 主たる生計維持者の収入について

令和3年の合計所得額	3,000,000円
------------	------------

3. 事業の廃止・失業について(該当するものに○をしてください。)

該当なし・事業の廃止・失業

※事業の廃止等の場合、確認できる資料を添付してください(廃業届や離職票の写し等)

収入見込み及び所得の状況について上記に記載のとおりです。
 また、決定要件の確認のため砺波地方介護保険組合が必要な所得・課税情報の確認を行うことに同意します。
 令和4年7月30日

署名又は記名押印
 申請者 **砺波 太郎**