

年 月 日

介護保険料減免申請書

南三陸町長 殿

住 所： _____

氏 名： _____ (印)

下記のとおり介護保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者

フリカ、ナ 氏 名		生年月日	年 月 日
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 申請理由

- 新型コロナウイルスの影響で主たる生計維持者（世帯主）の収入が著しく減少した
- 新型コロナウイルスの影響で主たる生計維持者（世帯主）の事業等が廃止した又は主たる生計維持者（世帯主）が失業した

3 添付書類

- 令和元年分の収入金額がわかる書類
- 令和2年分の収入金額がわかる書類
- 事業等の廃止したことがわかる書類
- 失業したことがわかる書類

(別紙)

新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の状況申告書

住 所：

世帯主氏名：

令和2年中に減少が見込まれる収入の種類と金額（該当するものすべて記入）

収入の種類	令和2年中 収入見込額	令和元年中 収入額	差 額	減少率	事業等の 廃止の有無
<input type="checkbox"/> 給 与	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
<input type="checkbox"/> 事 業	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
<input type="checkbox"/> 不動産	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
<input type="checkbox"/> 山 林	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
<input type="checkbox"/> 年 金	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
	円	円	円	%	<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 継続
合 計	円	円	円	%	—

※減少率が30%未満は非該当

所得要件確認欄

令和元年中の所得金額			
事業所得等		その他所得	
<input type="checkbox"/> 給 与	円		円
<input type="checkbox"/> 事 業	円		円
<input type="checkbox"/> 不動産	円		円
<input type="checkbox"/> 山 林	円		円
小 計①	円	小 計②	円
合 計③ (①+②)	円		

対象要件

- 令和2年中の見込事業収入等のいずれかが令和元年に比べ30%以上減少
- 令和元年合計所得額が1,000万円以下
- 減少した事業所得等に係る事業所得以外の令和元年所得額が400万円以下