型コロナウイルス感染症の影響による後期高齢者医療保険料減免に係る収入申告

太枠内のみご記入下さい。　　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	治・大正・昭和・平成　　年　　月
	被保険者番号	

（イ）	フリガナ	
	被保険者氏名	
	被保険者番号	
（ウ）	フリガナ	
	被保険者氏名	
	被保険者番号	

※世帯主が被保険者の場合、被保険者番号を記入してくだ

1　主たる生計維持者の令和２年中の収入見込について（10分の3以上減少する見込の収入のみ

◆事業の廃止・失業の場合は、該当する方を〇で囲んでください。			事業の廃止　・　失業
収入の種類	申請時までの収入実績額	申請時以後の収入見込額	令和２年中の収入見込額（実績＋見込）　②へ
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

※　対象となる収入は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。
※　収入状況が確認できる書類を添付してください。
※　事業の廃止・失業の場合は、確認できる書類を添付してください。

2　主たる生計維持者の減少見込の収入について　（減少が見込まれる収入が複数ある時はそれぞれ記入して

収入の種類	令和元年中の収入額（実績）①	令和２年中の収入見込額 ②	補填される金額③	減少率（①−②−③）／①
	円	円	円	
	円	円	円	
	円	円	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。

【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）

㊞

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【確認事項】（市町村担当者記入欄）

	該当
◆2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	