

新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の収入等申立書

深 浦 町 長 殿

介護保険料の減免を申請するため、収入金額等を証明書類とともに申し立てます。また、減免の審査にあたり必要な情報を提供すること、関係機関に調査・照会を行うこと及び本収入等申立書を関係機関へ開示することに同意します。

令和 年 月 日

世帯の主たる生計維持者	住所	
	氏名	⑩
(被保険者氏名： ) (上記と同じ場合は記載不要)		

以下、主たる生計維持者について記入してください。

1 令和2年中の合計所得額 \_\_\_\_\_ 円

2 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した収入にかかる令和2年中の収入・所得

(新型コロナの影響で収入が3割以上減少した区分についてのみ)

単位：円)

区分	給与	事業	不動産	山林	備考
収入額					
所得額					

3 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した収入にかかる令和3年中の収入状況

離職・廃業 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( 離職 ・ 廃業 )

離職・廃業を伴わない収入減少

(新型コロナの影響で収入が3割以上減少した区分についてのみ)

単位：円)

月 \ 収入区分	給与	事業	不動産	山林	備考
1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
合計					

※1～3に記入した内容を証明できる書類の写しを添付してください。

- ・令和3年の収入が令和2年から減少したことが分かるもの(確定申告書、源泉徴収票、通帳コピー等)
- ・事業の廃業や解雇があった場合は、廃業届、離職届や退職証明書 等

※申請後月以降の収入については、見込み額を記入してください。

※事業収入等の補填として取得される補償金等がある場合は、収入に含めてください。ただし、国や県からの給付金(持続化給付金、特別定額給付金等)は除きます。

注意 虚偽の内容を記載及び申立てた場合、減額した保険料の5倍に相当する金額以下の過料を科す場合があります。