様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新型コロナウイルス感染症に係る介護保険料減免申請書 | | | | |
| 年　　　月　　　日  七ヶ浜町長　殿  申請者住所  申請者氏名  個人番号  生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日  電話番号　　　　　-　　　　　　-    新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に対する国民健康保険税及び介護保険料の減免に関する条例第３条の規定に基づき、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。  なお、介護保険料減免の決定のために必要があるときは、七ヶ浜町が私及び私の属する世帯員の収入状況等について調査することに同意します。  記 | | | | |
| 主たる生計維持者 | 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　-  （電話番号　　　-　　　　　-　　　　） | | |
| 申請事由 | | * 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 * 主たる生計維持者の収入減少（次のア及びイに該当する世帯）   ア　事業収入等のいずれかの減少見込額（保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上であること。  イ　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400万円以下であること。   * 主たる生計維持者の事業等の廃止、失業 | | |
| 添付書類 | | □　診断書等（死亡又は重篤な傷病の場合）  □　給与証明書等収入状況が確認できる書類（収入減少の場合）  □　事業廃止届等（事業廃止の場合）  □　離職票、解雇通知、雇用保険受給資格者証等（失業の場合）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |
| --- |
| 証明書が添付できない理由（証明書類の添付ができない方のみ記入してください。） |
|  |

（裏面）

収入の減少による理由で申請する方のみ記入してください。

収入申告書

七ヶ浜町長　殿

　　年　　　月　　　日

氏名

私の世帯の収入等は、次のとおり相違ありません。

　　　記入内容に相違がある場合は、減免の決定を取り消されても依存ありません。

　１　主たる生計維持者の収入減少見込み（※対象となる収入は給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる生計維持者の氏　名 | 収入の種類 | 1. 令和２年中の   収入額 | ②令和３年中の  収入見込額 | 減少率(％)  1-((②＋③)/①) |
|  |  | 円 | 円 |  |
|  | 円 | 円 |  |
|  | 円 | 円 |  |
|  | 円 | 円 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※減少率３０％以上が該当（収入状況が確認できる書類を添付）

|  |
| --- |
| ③　　　　　　　　　　　　円 |

２　収入減少により受け取った、保険金・損害賠償金等の額

|  |
| --- |
| (Ｃ)　　　　　　　　　　　円 |

３　主たる生計維持者の前年の合計所得金額

以下は記入不要です

【減免予定額】

主たる生計維持者の前年の合計所得金額(Ｃ)

　　　　　　　　円

第一号被保険者の年間保険料額(Ａ)

　　　　　　円

減少が見込まれる主たる生計維持者の収入に係る前年の所得額(Ｂ)

　　　　　　　　円

×

＝

／

七ヶ浜町税務課住民税係

担当：菅井　明子

TEL：022-357-7452

FAX：022-357-5744

E-mail：zeimu@shichigahama.com

対象保険料額(Ｄ)

(Ｄ)×減免割合＝(Ｄ)　　　　　　　円　×　　　　　/10　＝　減免予定額　　　　　　　円