

収入状況等申告書兼収入状況等調査同意書

令和 年 月 日

二戸地区広域行政事務組合 管理者 殿

介護保険料の減免申請をするにあたり、収入状況等について次のとおり申告します。

なお、要件確認のために必要な場合には、私及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等について調査することに同意します

| | | | | |
|--------|--------|---------------------|-------|----------|
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 代理人氏名 | 代理人住所 | 被保険者との関係 |
| 印 | | ご本人が申請する場合は、記載不要です。 | | |

1. 減免を申請する理由

該当箇所へチェック。

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負ったため。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入減少し納付が困難であるため。

事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入のうち減少する収入について、令和元年、令和2年の収入額をそれぞれ記載してください。

（減免を申請する理由が(1)の場合のみ）

| | ① 令和元年の収入額 | ② 令和2年の収入額 | 減少率 1-(②+③)/① |
|-------------------------------------|------------|------------|------------------|
| | 円 | 円 | |
| 減少することが見込まれる収入が複数ある場合は、それぞれ記入して下さい。 | 円 | 円 | 記載不要です。 |
| | 円 | 円 | |

※収入の減少が令和元年より30%未満の場合は対象となりません。（事業の廃止・失業の場合）

※対象となる収入は、事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入です。

こちらに記載する金額には、国や県から支給される給付金(特別定額給付金、持続化給付金)等は含まれません。

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 3. 収入減少により受け取った保険金、損害賠償金の所得についての額 | ③ 円 |
|-----------------------------------|-----|

| | | |
|-------------------------------------|-------|----|
| 4. 事業の廃止・失業の場合は該当する方を○で囲んでください。 | 事業の廃止 | 失業 |
| ※事業の廃止・失業の場合は、それぞれ確認できる書類を添付してください。 | | |

以下は記載不要です

| | |
|------------|-----------------------|
| 【減免予定額】 | |
| 令和 年介護保険料額 | × 減少見込みの額 令和元年の収入額 |
| 円 | 円 |
| (C) × 減免割合 | = (C) 円 × = 減免予定額 円 |
| | (100円未満切上) |

記載不要です。

| | |
|------|----------|
| 総合判定 | 該当 ・ 非該当 |
| 受付者 | |