

被保険者番号	
被保険者氏名	

介護保険料減免理由書兼生活実態等申告書

(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特例減免用)

以下の申告内容に相違がない旨を確認し、署名捺印します。

(申請者) 住所
氏名 印
電話番号

1. 新型コロナウイルス感染症の影響による減免申請の理由 (該当する方の"□"へレ点を記入)

- 「主な生計維持者の死亡・傷病」のため … 減免の適用あり
- 「事業収入等の著しい減少」のため … 次項2へ進む

2. 減少見込みの事業収入等の金額 (要件1, 2両方を記入)

《要件1》

減少する見込みの事業収入等の種類	<input type="checkbox"/> 事業収入	<input type="checkbox"/> 不動産収入
	<input type="checkbox"/> 山林収入	<input type="checkbox"/> 給与収入
事業又は業務の廃止・失業の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《要件2》 下表で「(ハ) ≧ (イ) × 3/10」かつ「(ニ) ≦ 400万円」の場合は、減免の適用あり

令和2年における	
事業収入等の減少見込額 (※1)	(損害賠償等で補填されるべき金額を除いて計算) 円 (ハ)
令和元年における	
減少見込みの事業収入等に係る収入額	(0円の場合は減免の適用なし) 円 (イ)
減少見込みの事業収入等以外の所得の合計額	円 (ニ)
減少見込みの事業収入等の所得の合計額	円 (ホ)
合計所得金額 (※2)	円 (ヘ)

- ※1 令和2年中において減少することが見込まれる収入額を記入する (年間の収入見込額ではない)。
 ※2 収入金額から必要経費に相当する金額を控除した金額のことで、扶養控除や医療費控除などの所得控除をする前の金額です。

3. 添付書類 (以下に記入した収入の減少を証明する書類等を別資料として添付してください。)

- ・
- ・
- ・