

新型コロナウイルス感染症の影響による高石市介護保険料減免に係る収入申告書

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	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	被保険者番号		
イ	フリガナ		
	被保険者氏名		
	被保険者番号		
	フリガナ		
ウ	被保険者氏名		
	被保険者番号		
	フリガナ		

※世帯主が被保険者の場合、ア欄にも被保険者番号を記入してください。

1 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ください。）

収入の種類	令和3年中の 収入額(実績)①	令和4年中の 収入見込額② (裏面により算出)	控除額③	減少率 ①-②-③/①
	円	円	円	%
	円	円	円	%
	円	円	円	%

※対象となる収入の種類は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。

※控除額とは、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。

2 主たる生計維持者所得について  
(基礎控除や各種控除を適用する前の額)

所得の種類	令和3年中の所得額
	円
	円
	円
	円
合計	円

(裏面に続きます)

3 主たる生計維持者の令和4年中の収入見込状況について

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4年中の収入見込額 (実績+見込み) ②へ
特記事項(収入見込額の算出方法等を記載してください)			
事業の廃止・失業に該当する場合は、該当する方を○で囲んでください。			事業の廃止 ・ 失業

※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、それぞれ確認できる書類を添付してください。

【誓約・同意事項】 項目にチェックを入れ、署名・捺印してください。

- 決定要件の妥当性を審査するため、高石市が必要な所得・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。
- 収入及び所得の状況については本収入申告書に記載のとおりです。なお、事実と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。

申請者の署名 \_\_\_\_\_