収入等申告書（新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料減免用）

年　　月　　日

大和市長あて

被保険者	氏名	
	〒□□□－□□□□ 住所	
	被保険者番号	0 0 0 □ □ □ □ □ □ □

□私の世帯の主たる生計維持者の収入額等は下記のとおり相違ありません。

1．申請理由（該当するものにチェック）

□a．主たる生計維持者が死亡、または重篤な傷病(※1)を負ったため ●要記入欄：1 ～ 2	【添付必要書類等】 ・(死亡の場合) 死亡診断書 など ・(重篤な傷病の場合)1カ月以上の治療期間を要したことがわかる医師の診断書、指定感染症病床への入院勧告書など
□b．主たる生計維持者の事業収入等が大きく減少(※2)したため ●要記入欄：1 ～ 4	【添付必要書類等】 ・主たる生計維持者の前年の収入がわかる書類 ※確定申告書、事業●●書、源泉徴収票など ・主たる生計維持者の、当年1月から申請時までの収入（実績・見込）が確認できる書類 ※帳簿、給与明細など ・収入減少、事業の廃止、失業等の理由が新型コロナウイルス感染症の影響だとわかる書類
□c．主たる生計維持者が事業を廃止、または失業したため ●要記入欄：1 ～ 4	

(※1)重篤な傷病とは**「1カ月以上の治療を要する場合」**を指します。

(※2)前年の同じ事業収入等（事業、不動産、山林、給与のいずれか）と比べ、**30%以上減少が見込まれる場合**。

2．世帯の主たる生計維持者

氏名	□被保険者本人（この場合は以下記入不要）	続柄	

3．世帯の主たる生計維持者の事業**収入**等のうち、**前年比30%以上の減少**が見込まれるもの

	①【前年】令和(　)年 1月 ～ (　)月	②【当年】令和(　)年 1月 ～ (　)月	③減少額 【①－②】	減少率【③÷①】 **30%以上であること**
事業**収入**	円	円	円	%
不動産**収入**	円	円	円	%
山林**収入**	円	円	円	%
給与**収入**	円	円	円	%
計	円	円	円	%

※金額の記載についてご不明点がある場合は職員にご相談ください。

4．世帯の主たる生計維持者の**前年**の**所得**状況

	前年の所得金額	
事業**所得**	円	
不動産**所得**	円	
山林**所得**	円	
給与**所得**	円	
年金、及びその他の**所得**	円	
①　合計所得金額	円	
②　30%以上減少する収入に係る所得	円	
③　①－②	円	←400万円以下であること