【記入例】介護保険料減免申請書

※収入申告書の記入例は裏面をご覧ください。

第１号様式

担当	係長	課長	部長	受付　・　・ 決裁　・　・ 施行　・　・

介護保険料減免申請書

令和○ 年 ○月 ○日

大 和 市 長　　あて

住　所	大和市○○○ ○丁目 ○-○
フリガナ	ツルマ　ケンイチロウ
申請者 氏　名	鶴間　健一郎
電　話	０４６-○○○-○○○○
被保険者との関係	夫

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

フリガナ 減免対象被保険者氏名	□申請者と同じ（この場合は記入不要です） ツルマ　ハナコ 鶴間　花子	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 3 2 1
		個人番号	
		生年月日	M・T・(S)・H　14年　4月　3日
住　所	☑申請者と同じ（この場合は記入不要です） 電話		
フリガナ 主たる生計維持者の氏名	☑申請者と同じ（この場合は記入不要です）	被保険者との関係	☑申請者と同じ（この場合は記入不要です）
住　所	☑申請者と同じ（この場合は記入不要です） 電話		

保険料の額

年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円
年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円
年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円
年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	年度小計　円
年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	年度小計　円
年度　期　円	年度　期　円	年度　期　円	合　計　円

この部分は記入不要です

減免申請理由	①減免申請の理由（具体的に） ■新型コロナウイルス感染症の影響による理由の場合は②へ	
	②新型コロナウイルス感染症に係る理由（1～3より選択）（※1）	□１．主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病(※2)を負ったため ☑２．主たる生計維持者の事業収入等の著しい減少(※3)が見込まれるため □３．主たる生計維持者が事業を廃止し、または失業したため □なお、私と私の属する世帯に関し、介護保険課が、保健所等へ新型コロナウイルス感染症に係る情報照会をすることに同意します。
添付書類	・令和元年確定申告書　・令和２年収入計算書　・預金通帳写し　等	
決定区分	□　減免する。	□　減免しない。
決定内容	対象期間の保険料額（A）：　円 減免額（B）：　円	減免後の保険料額（A－B）：　円
決定理由		

※太枠の中のみ記入してください。

(※1)前年の所得額（総所得、もしくは減少する事業収入等に係る所得）がゼロの場合は減免の対象となりません。
(※2)１ヵ月以上の治療を要する場合です。医師の診断書、措置入院の勧告書等が必要になる場合があります。
(※3)事業収入、山林収入、不動産収入、給与のいずれかが前年と比べて30%以上減る見込みである場合を指します。
前年と本年の収入がわかる書類（確定申告書、帳簿、給与明細　等）が必要にある場合があります。

【裏面あり】

申請書を市役所に提出する日。

申請書を実際に記入する方の住所、氏名、電話番号、被保険者との続柄を記入してください。（押印は不要です）

減免を受けようとする被保険者の氏名、被保険者番号、生年月日、住所、電話番号を記入してください。
※個人番号は記入不要です。
※申請者と同じ場合は
□にチェックしてください。

世帯の生計を主に支えている方（収入、所得が最も多い方）を記入してください。
※申請者と同じ場合は
□にチェックしてください。

申請理由を記入してください。
※新型コロナウイルス感染症関連の場合は②のあてはまる
□にチェックしてください。

同意いただける場合は
□にチェックしてください。
※減免申請理由②の１．を選択した場合のみ

申請書に添付する書類を記入してください。
※医師の診断書、収入・所得を証明する書類、確定申告書等（必要書類一覧は収入申告書に記載してあります）

【記 入 例】収 入 申 告 書（コロナウイルス関連）

※減免申請書の記入例は裏面をご覧ください。

あてはまる理由にチェックしてください。

チェックしてください。

申告書を市役所に提出する日を記入してください。

減免を受けようとする方の住所、氏名、被保険者番号を記入してください。

申請時に必要な添付書類一覧。可能な限りご用意ください。

世帯の生計を主に支えている方（収入、所得が最も多い方）を記入してください。
※申請者と同じ場合は
□にチェックしてください。

前年と当年の事業収入等の金額を記入してください。
※30%以上減少が見込まれる収入を記入してください。
※12月まで確定していない年は、年間の見込額を記入してください。
※年間見込額の算出が難しい場合は、1月から直近月までの実績を記入してください。
その場合は前年の収入も同じ期間の実績額を記入してください。
※年金収入は対象外です。
※不明点はご相談ください。

前年（減免を申請する保険料が属する年度の前の年）の所得を全て記入してください。
※年金及びその他の所得も記入して下さい。
※③が400万円を超える場合は減免要件を満たしません。

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）

令和〇 年 〇月 〇日

大和市長あて

被保険者	
氏名	鶴間　花子
〒	2 3 4 － 4 3 2 1
住所	大和市〇〇〇　〇丁目　〇－〇
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 3 2 1

☑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） 鶴間　健一郎	続柄	夫

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（2）年 1月 ～（12）月	②【当年】令和（3）年 1月 ～（12）月※見込	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	1,506,300 円	813,200 円	693,100 円	46.01 %
計	1,506,300 円	813,200 円	693,100 円	46.01 %

※金額の記載について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	306,300 円
年金、及びその他の所得	431,000 円
① 合計所得金額	737,300 円
② 30%以上減少する収入に係る所得	306,300 円
③ ①－②	431,000 円

←400万円以下であること

【表面あり】