

○収入状況等申告書

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

令和 年中の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 ① 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ① 円	減少となるもの2 円
			減少となる収入合計 円	減少となる所得合計 ② 円
		減少となる収入以外の収入	減少となる収入以外の収入 ③ 円	減少となる所得以外の所得 ④ 円
			収入合計(①+③) ⑤ 円	所得合計(②+④) ⑥ 円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
合 計			⑦ 円	⑧ 円

※令和2年1月1日以降引き続き富谷市にお住まいの方は 内の記入は不要です。

令和 年中の収入見込み額(主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額(ア)	所得額
		減少となるもの1	減少となるもの1 ⑨ 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ⑨ 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	円	円
			収入合計 円	所得合計 ⑩ 円

記入不要

富谷市長
宮城県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記の申立てが正しいことを証明します。また、減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告いたします。

申請に伴い必要がある場合、世帯の収入状況について保険者が官公署等に資料の提供を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住 所
(居住地)

氏 名

印

収入減少による減免要件確認欄

- 事業収入等のいずれかの減少額(①－⑨)が前年の事業収入等の額(①)の10分の3以上。
- 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得額(④)が400万円以下。
- 前年の合計所得金額(⑥)が1,000万円以下。(国民健康保険税・後期高齢者医療保険料の場合)

○収入状況等申告書

●減少する収入の令和 年中の収入見込み

氏名	
収入の種類	例) 農業収入、営業収入、 不動産収入など

【令和 年中の収入見込み】

	収入額	補てん金額 (保険金、共済金等)	備考
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
合計			

(A)

(B)

収入見込み合計 A+B		... 収入額(A)の欄に記入してください。
----------------	--	------------------------