

新型コロナウイルス感染症の影響による収入等の状況申告書および計算書

主たる生計維持者氏名 _____ ④
 第1号被保険者 _____ 被保険者番号 _____
 住所 _____ 連絡先(電話番号) _____

下記生計維持者の令和 ____ 年分の収入額については、次のとおり減少する見込みです。
 ただし、年内に収入状況が改善した場合は、必ずその旨を申し出ることとします。

1. 【生計維持者の状況】 ※太枠内のみ記載。□はあてはまるものに☑。

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----|----------------------------|--|--|
| 氏名 | | | | 就労状況 | <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 継続 |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 減収見込みの収入の種類 | |
| 令和 ____ 年1月から12月までの収入(給与、事業、山林、不動産)の実績及び見込額 | | | | <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 不動産 | |
| 1月 | 円 | 2月 | 円 | 3月 | 円 |
| 5月 | 円 | 6月 | 円 | 7月 | 円 |
| 9月 | 円 | 10月 | 円 | 11月 | 円 |
| 12月 | 円 | | | | |
| 令和 ____ 年中の収入(給与、事業、山林、不動産)の見込額 | 前年の収入(給与、事業、山林、不動産)の額(B) | | 保険金等により補填される金額(A') | 減少率 {1 - (A+A') / B} × 100 <input type="checkbox"/> 減少率が30%以上であること | |
| 上記の1-12月の計(A) | 円 | 円 | 円 | % | |
| 前年中の合計所得金額(C) | | | 左のうち減収見込みの収入に係る前年中の所得金額(D) | | |
| 円 | | | 円 | | |
| 減少することが見込まれる生計維持者の収入等に係る所得以外の前年の所得合計額(E) (C) - (D) = (E) <input type="checkbox"/> 400万円以下であること | | | | | |
| 円 | | | | | |

- ※ 減収見込みの収入が複数種類あるときは、それらを合計して記載すること。
- ※ 申請の際は、収入状況が確認できる書類を添付してください。(通帳の写し、給与明細書の写し、帳簿の写しなど)
- ※ 令和 ____ 年1月1日現在美浜町に住所がない方は所得がわかるものを提出してください(申告書の写し等)。

2. 【減免予定額】(美浜町記入欄)

令和 ____ 年度 介護保険料 × 減少見込みの収入に係る前年中の所得額(D) ÷ (C) 前年中の所得額 = 減免対象額
 _____ 円 _____ 円 _____ 円 _____ 円(G)
 円未満切り捨て

(G) × 減免割合 = _____ 円(G) × $\frac{\quad}{10}$ = 減免予定金額 _____ 円
 ※表1による 10円未満切り上げ

表 1 減免割合

| 前年の合計所得金額 | 減額又は免除の割合 |
|---------------|-----------|
| 210 万円以下であるとき | 全部 |
| 210 万円を超えるとき | 10 分の 8 |

※事業廃止、失業の場合は前年合計所得に関係なく減免割合は 10 分の 10 となります。