

令和 2 年 〇 月 〇 日

新型コロナウイルス感染症の影響による女川町介護保険料減免申請書

女川町長 様

住所は住民票上の住所となります。

日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。

申請者 住 所 女川町女川一丁目1番地1

氏 名 女川 一郎

生年月日 昭和〇年〇月〇日

連絡先 0225-54-3131

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したこと等による介護保険の第1号被保険者に係る女川町介護保険料の減免の特例に関する規則（令和2年女川町規則第23号）第4条の規定により、介護保険料の減免を受けたいので、別添のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたって、減免要件確認の必要がある場合は、女川町長が私（申請者）及び私の世帯員の所得状況等を確認することについて承諾します。

記

1 被保険者等

主たる生計維持者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	氏名		申請者との続柄
	住所		
被保険者	女川 桜子		
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

納税通知書をご確認ください。

2 減免を受けようとする介護保険料

年度	期別	保険料額
平成31年度	9期	〇〇,〇〇〇円
令和2年度	1期～9期	〇〇,〇〇〇円

3 申請理由 該当する下記の1又は2の番号を○で囲んでください。

1	主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため。
2	主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため。 <input checked="" type="checkbox"/> 事業収入等の減少 <input type="checkbox"/> 事業の廃止又は失業（廃止・失業）

4 添付書類 申請理由が1の場合 診断書等の写し

申請理由が2の場合 収入の減少が確認できる資料等

確定申告書B、市町村民税申告書の収入、

収入減少確認書

所得欄等をご確認ください。収入がわかる

書類(確定申告書等)を添付してください。

1 前年の収入状況 (主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者 女川 一郎	自営業	減少となるもの1 事業	減少となるもの1 ① 6,000,000 円	減少となるもの1 ② 800,000 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 ② 円
		減少となる収入合計	6,000,000 円	減少となる所得合計 800,000 円
		減少となる収入以外の収入 年金	減少となる収入以外の収入 ③ 500,000 円	減少となる所得以外の所得 ④ 0 円
合計		収入合計 (①+③) ⑤ 6,500,000 円	所得合計 (②+④) ⑥ 800,000 円	

※④が400万円以下であること。

別紙収入額計算書をご記入のうえ、
転記してください。

2 当該年の収入見込み額 (主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者 女川 一郎	自営業	減少となるもの1 事業	減少となるもの1 ⑦ 3,000,000 円	
		減少となるもの2	減少となるもの2 ⑦ 円	
		収入合計	3,000,000 円	

事業収入等の減少割合は、
令和2年中の収入見込みが
令和元年中の収入の 70%
以下であることを、黄色箇所
で確認します。
【例】この申請書では…
令和元年中の収入①600
万円×70%=420万円より、
令和2年中(収入見込み)
⑦300万円が小さいので
減免対象となります。

女川町長 様 上記のとおり申告します。

令和 2年 ○月 ○日 住所 女川町女川一丁目1番地1

氏名 女川 太郎

