

新型コロナウイルス感染症の影響による後期高齢者医療保険料減免に係る収入申告書

太枠内のみご記入下さい。

記入例

令和2年 7月XX日

主たる生計維持者（世帯主）		フリガナ	コウケイ ハナコ						
(ア)	住所	大阪市中央区常盤町1-3-8 電話番号 06 (4790) XXXX							
	フリガナ	コウケイ タロウ							
	氏名	広域 太郎							
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 XX年XX月XX日							
被保険者番号	0	0	0	0	X	X	X		
(イ)	フリガナ	コウケイ ハナコ							
	被保険者氏名	広域 花子							
	被保険者番号	0	0	0	0	X	X	X	X
	フリガナ								
(ウ)	被保険者氏名								
	被保険者番号								

※世帯主が被保険者の場合、被保険者番号を記入してください。

1 主たる生計維持者の減少見込の収入について（減少が見込まれる収入が複数ある時はそれぞれ記入してください。）

収入の種類	令和元年中の収入額（実績）①	令和2年中の収入見込額②	控除額③	減少率（①-②-③）/①
給与収入	1,600,000 円	800,000 円	0 円	50 %
事業収入	1,200,000 円	1,100,000 円	0 円	8.33 %
	円	円	円	%

※対象となる収入の種類は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。

※控除額とは、対象の収入減少に対して受け取った保険金及び損害賠償等補填される金額です。

2 主たる生計維持者及び全ての被保険者の所得について（基礎控除や各種控除を適用する前の額）

氏名	所得の種類	令和元年中の所得額	氏名	所得の種類	令和元年中の所得額
広域太郎	給与所得	950,000 円			円
	事業所得	500,000 円			円
	年金所得	700,000 円			円
広域花子	年金所得	100,000 円			円
		円	合計（C）		2,250,000 円

【誓約・同意事項】 ※項目にチェックを入れ署名・捺印して下さい。

決定要件の妥当性等を審査するため、広域連合が必要な所得・課税情報等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。

収入および所得の状況については収入申告書に記載のとおりです。なお、事実とは異なる内容であることが判明した場合は、減免額の変更または減免の取消をされても異議はありません。

申請者の署名 広域 太郎 (印)

(市区町村担当者記入欄)

【確認事項】	該当
◆1の事業収入等のいずれかの減少率が30%以上である。	
◆2の主たる生計維持者の前年の所得合計額が1,000万円以下である。	
◆1の中で30%以上減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。	

3 主たる生計維持者の令和2年中の収入見込状況について

◆事業の廃止・失業の場合は、該当する方を○で囲んでください。			事業の廃止・失業
収入の種類	申請時までの収入実績額	申請時以後の収入見込額	令和2年中の収入見込額（実績+見込）②へ
給与収入	440,000 円	360,000 円	800,000 円
事業収入	500,000 円	600,000 円	1,100,000 円
	円	円	円

特記事項（収入見込額の算出方法を記載して下さい。）

給与収入は令和2年3月から収入が減少し、1月・2月は10万円の収入があり、3月から6月は6万円になったので、7月からの収入も6万円ずつを見込んでいます。

（実績）1月～2月 20万円 3月～6月 24万円（見込）7月～12月 36万円 計80万円

事業収入は、1月から6月まで月10万円ずつあったが、4月だけ収入が0だった。今後の見通しは、毎月10万円ずつ収入があると見込める。

（実績）1月～3月 30万円 4月 0円 5月～6月 20万円（見込）7月～12月 60万円 計110万円

※ 対象となる収入は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。

※ 収入状況が確認できる書類を添付してください。

※ 事業の廃止・失業の場合は、それぞれ確認できる書類を添付してください。

(市区町村担当者記入欄)

【令和元年度 減免額計算書】			
被保険者	算定保険料額 (A)	主たる生計維持者の減少見込の事業収入等に係る令和元年中の所得額 (B)	主たる生計維持者及び全ての被保険者の令和元年中の所得 (C)
(ア)	円	円	円
(イ)	円		
(ウ)	円		
対象保険料額 (A') A × B / C	減免割合 (D)	減免予定額 (E) A' × D	減免後保険料額 A - E
円	/ 10	円	円
円		円	円
円		円	円

【令和2年度 減免額計算書】			
被保険者	算定保険料額 (A)	主たる生計維持者の減少見込の事業収入等に係る令和元年中の所得額 (B)	主たる生計維持者及び全ての被保険者の令和元年中の所得 (C)
(ア)	円	円	円
(イ)	円		
(ウ)	円		
対象保険料額 (A') A × B / C	減免割合 (D)	減免予定額 (E) A' × D	減免後保険料額 A - E
円	/ 10	円	円
円		円	円
円		円	円

広域連合使用欄（押印）

市区町村使用欄（押印）

資格管理課長	保険料担当課長補佐	保険料係長	担当者

確認者	担当者

【記入上の注意事項】

◆申請者は太枠内のご記入をお願いします。

◆主たる生計維持者（世帯主）の住所、氏名、フリガナ、生年月日、電話番号、被保険者番号を記入してください。（世帯主が後期高齢者医療制度の被保険者でない場合は、被保険者番号の記入は不要です。）また、同一世帯に属する被保険者の氏名、フリガナ、被保険者番号を記入してください。

◆「1. 主たる生計維持者の減少見込の収入について」

主たる生計維持者（世帯主）の申請日の属する年の「事業収入」、「給与収入」、「不動産収入」、「山林収入」の4種類について、減少が見込まれる収入を記入してください。また、減少が見込まれる収入に対して、保険金及び損害賠償等補填される金額がある場合は、控除額の欄に記入してください。

◆「2. 主たる生計維持者及び全ての被保険者の所得について」

主たる生計維持者（世帯主）及び同一世帯に属するすべての被保険者に係る令和元年中の「事業所得」、「給与所得」、「不動産所得」、「山林所得」、「公的年金所得」、および「その他所得」を記入してください。

また、記入したすべての所得額について、内容が分かる資料を添付してください。

（確定申告書の本人控または次の資料：青色申告決算書、収支内訳書、帳簿、必要経費等領収書、源泉徴収票、給与明細書、給与支払証明書、年金額改定通知書、年金振込通知書、公的年金等の源泉徴収票、配当金支払通知書 等）

なお、所得額は収入の額から必要経費、給与所得控除額、公的年金等控除額を差し引いた金額とし、基礎控除および各種控除前の金額で記入してください。

◆「3. 主たる生計維持者の令和2年中の収入見込状況について」

主たる生計維持者（世帯主）の申請日の属する年の収入実績は、収入状況が確認できる書類を添付してください。（青色申告決算書、収支内訳書、帳簿、源泉徴収票、給与明細書、給与支払証明書 等）事業の廃止または失業の場合には、該当する方を○で囲み、それぞれ確認できる書類を添付してください。

（事業の廃止の場合：個人事業主の廃業届や事業主の証明書等、失業の場合：離職票等 ）

◆【誓約・同意事項】

必要事項の記入後は、【誓約・同意事項】の記載項目をよくご確認の上、申請者により署名・捺印してください。