

# 収入状況申告書

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  
被保険者等に係る国民健康保険税（後期高齢者医療保険料）の減免

令和 年 月 日

白石町長

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

**申請年月日・住所・氏名・世帯主名（申請対象者）を記入、押印ください。**

氏名

印

世帯主（ ）の減少が見込まれる収入等について、次のとおり申告します。

## 1 世帯主の令和元年の事業収入等（平成31年1月～令和元年12月）

(単位：円)

事業収入  
郵送申請者の方は、確定申告書（収支内訳書）などを基に令和元年中の事業区分ごとの収入額を記載ください。  
(住民課保険係にご連絡いただければ、本人確認の上、各収入額をお伝えします。)  
窓口申請の場合は記入不要です。(受付時に町でデータを基に記入します。)

※ 令和2年に10分の3以上減少する収入を記入してください。

※ 令和元年の収入が分かるものを添付してください。(確定申告書、住民税申告書、給与の源泉徴収票)

## 2 世帯主の令和2年の事業収入等の見込み（令和2年1月～令和2年12月）

(単位：円)

月	実績・見込	事業収入		不動産収入	山林収入	給与収入	計	
		営業等	農業					
1月	実績・見込						0	
2月	実績・見込						0	
3月	実績・見込	令和2年中の事業収支帳簿や給与明細書など（申請時点までで昨年度比の減少が確認できる書類）を参照し、申請月までの「実績」と今後の「見込」を該当収入箇所に記入してください。						
4月	実績・見込							
5月	実績・見込						0	
6月	実績・見込	事業収支帳簿や給与明細書など、申請時点までで昨年度比の減少が確認できる書類は必ずご持参ください。(当該書類のコピー添付が必要です。)						
7月	実績・見込							
8月	実績・見込						0	
9月	実績・見込						0	
10月	実績・見込						0	
11月	実績・見込						0	
12月	実績・見込						0	
合計		0	0	0	0	0	② 0	

※ 実績の月収入が分かる帳簿などを添付してください。

## 3 保険金、損害賠償等により補填される金額の有無

※ 補填金額がある場合は、金額が分かる資料を添付してください。

(単位：円)

補填金額の有無	補填額
損害補填金等がある場合記入ください。	③

## 4 令和2年収入の前年比率

※ 前年比率が70%以上は、減免対象となりません。

前年比 ②-③ ÷ ① × 100	%
----------------------	---