

市役所 処理欄	受 付 (国保)		受 付 (介護)	
------------	-------------	--	-------------	--

国民健康保険税・介護保険料減免申請書

半 田 市 長 様

該当するものに○を付けてください。
(例：国民健康保険税に該当する場合)

次のとおり令和 元・2 年度分国民健康保険税・介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	令和 2年 6月 22日
申請者氏名	半田 太郎	本人との関係
申請者住所	〒 475-8666 半田市東洋町2丁目1番地 電話番号 (0569) 21 - 3111	

*申請者が世帯主(被保険者)本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

世帯主 (被保険者)	被保険者 証番号	国保	*	*	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	※介護保険料の申請時のみご記入ください。		
	フリガナ 氏名	ハンダ タロウ 半田 太郎											生年月日	明・大・昭・平 52年 1月 1日		
	住所	〒											性 別	男 ・ 女		
														電話番号 ()	-	
生計を主として維持する者の氏名					半田 太郎											

申請理由 1～3に○を付けてください。	1. 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため。(死亡診断書の写し、医師の診断書等を添付してください。) ② 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入の減少が見込まれるため。(給与明細書、帳簿書類等、収入等が確認できる書類を添付してください。) 3. 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が廃業または失業したため。(廃業届、雇用保険受給資格者証などを添付してください。)
------------------------	---

申請理由2、3に該当の場合

「はい」か「いいえ」に○を付けてください。	① 世帯の主たる生計維持者の令和2年の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入(以下「事業収入等」という。)のいずれかの減少額が令和元年の当該事業収入等の10分の3以上と見込まれますか?	はい・いいえ
	② 世帯の主たる生計維持者の令和元年の合計所得金額が1,000万円以下ですか?(国民健康保険税のみ)	はい・いいえ
	③ 世帯の主たる生計維持者の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令和元年の所得の合計額は400万円以下ですか?	はい・いいえ

事業収入等の減少理由を下記にご記入ください。
 ※当該生計維持者の懲戒解雇や令和元年中の離転職など、社会通念上新型コロナウイルス感染症の影響と認められないものについては、当該減免措置は適用されません。
 (事業収入等の減少理由)
新型コロナウイルス感染症の影響で、事業所が休業したため。

令和元年度及び2年度分国民健康保険税・介護保険料の減免申請を行うにあたり、記載のとおり相違ないことを申立てします。

事実と異なることが判明した場合は、減免を取り消されても異議ありません。また、要件確認のため、半田市において必要な場合は、税務担当・その他の関係機関に必要な照会をすることに同意いたします。

令和 2年 6月 2日

申請者氏名

半田 太郎



※介護保険料の減免申請については、被保険者ごとにそれぞれ申請書をご記入ください。

■世帯の主たる生計維持者の減少が見込まれる収入（申請理由2、3に該当する場合のみ）

	<input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input checked="" type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入		<input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入	
	R2年中の収入見込額	R元年中の収入額	R2年中の収入見込額	R元年中の収入額
1月	200,000 円	200,000 円	円	円
2月	100,000 円	200,000 円	円	円
3月	0 円	200,000 円	円	円
4月	0 円	200,000 円	円	円
5月	0 円	500,000 円	円	円
6月	0 円	200,000 円	円	円
7月	0 円	200,000 円	円	円
8月	200,000 円	200,000 円	円	円
9月	200,000 円	200,000 円	円	円
10月	200,000 円	200,000 円	円	円
11月	200,000 円	200,000 円	円	円
12月	550,000 円	550,000 円	円	円
合計	1,650,000 円	3,050,000 円	円	円
保険金、損害賠償等により補填される金額の有無 ※有の場合は、その金額を記入し、金額が確認できる資料 （保険契約書等）を添付してください。			有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	(金額) 円

※1 10分の3以上の減少が見込まれないものについては記入不要です。

※2 令和2年中の申請時までの収入額が確認できる資料（給与明細書、帳簿書類等の写し）を添付してください。

■介護保険料のみご記入ください。

	普通徴収			特別徴収	
	期別	納期限	保険料額	年金支払月	保険料額
令和元年度	第8期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	随時期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	随時期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
令和2年度	第1期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	第2期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	第3期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	第4期	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円
	第5期	令和 年 月 日	円		
	第6期	令和 年 月 日	円		
	第7期	令和 年 月 日	円		
	第8期	令和 年 月 日	円		
	随時期	令和 年 月 日	円		
	随時期	令和 年 月 日	円		