

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

早川町介護保険料減免申請書

早川町長 殿

申請者住所
 申請者氏名
 被保険者との関係
 電話番号

㊞

ふりがな		明治・大正・昭和	
氏名	生年月日	年 月 日	
どちらかに○	1. 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、もしくは重篤な傷病を負った第1号被保険者 2. 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入」という。）の減少が見込まれ、次のいずれにも該当する第1号被保険者 ア 事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の事業収入等の10分の3以上である。 イ 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年所得額の合計が400万円以下である。		
1の場合	死亡・重篤な傷病 （死亡診断書もしくは診断書を添付して下さい。記入は不要です。）		
2の場合	以下の欄に今年中の収入について記入してください。※ （税務署に提出される廃業届、異動届の写し、収入の減少が確認できるものを添付してください。）		
減少する見込みの収入	収入の区分	今年収入金額（見込額）	前年度収入金額（町記入）
	事業収入	円・失業	円（ %減）
	不動産収入	円・失業	円（ %減）
	山林収入	円・失業	円（ %減）
	給与収入	円・失業	円（ %減）
（ア）について補填される金額（国や県等からの給付金以外の保険金・賠償金等）		円	
昨年の合計所得金額（退職所得を除く）			円
（ア）を除く昨年の所得金額			円

※令和3年度随時分（令和4年3月中の資格取得者）の減免申請を行う場合は、令和3年中の収入をご記入ください。