

新型コロナウイルス感染症の影響による状況申告書(給与収入用)

(1) 被保険者

被保険者番号				被保険者氏名			
0	0	0	0				

(2) 主たる生計維持者の新型コロナウイルス感染症の影響による収入の減少の理由
□にチェックを付けてください。 複数選択可

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響が勤務先にあったため収入が減少した
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により失業した(離職年月日: 令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/>	退職したが就職先が見つからない(離職年月日: 令和 年 月 日) (求職活動期間: 令和 年 月 日から令和 年 月 日・□ 現在 まで)
<input type="checkbox"/>	上記の理由にあてはまらない人の記入欄(具体的に記入してください。)

(3) 令和4年1月から12月までの主たる生計維持者の給与収入の状況

1月	2月	3月	4月	5月	6月	年間合計
<input checked="" type="checkbox"/> 実績 <input type="checkbox"/> 見込						
円	円	円	円	円	円	
7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間合計
<input type="checkbox"/> 実績 <input type="checkbox"/> 見込						
円	円	円	円	円	円	円

※給与から税金や社会保険料等を控除する前の収入額を記入してください。また、課税対象の手当は収入に含めます。

(4) 減少率の計算

令和3年中の収入(確定した額)		令和4年中の収入(見込額)	
(A) 令和3年中の給与収入	円	(E) 令和4年中の給与収入	円
(B) 令和3年中の所得合計 (給与所得控除後の金額)	円	(F) 減少(見込)(A) - (E)	円
(C) 令和3年中の国・都からの給 付金	円	(G) 減少率(F) / (A) (少数第2位を切り捨て)	%
(D) 保険金、損害賠償により補てんさ れるべき金額	円	(H) 保険金、損害賠償により補てんさ れるべき金額	円

※(B)欄が0円、(G)欄が30%未満の場合は、保険料減免の対象となりません。

※減少(見込)は、保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を控除した額です。

※国・都からの給付金は、収入に含めません。

令和 年 月 日

渋谷区長 殿

渋谷区介護保険料の減額申請のため、上記のとおり収入について申告いたします。

なお、第9条第2項の規定に該当することが判明した場合は、減額の取消処分を受けても異議ありません。

また、減額申請に係る決定のために被保険者及び被保険者と主たる生計維持者の収入状況及びコロナウイルスの感染状況等を調査することに同意します。

申請者 住所 電話番号 ()

氏名 被保険者との続柄 ()

※太枠内及び申請者欄は、申請者が記入してください。