

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免に係る  
事業収入等の状況申告書

申請者氏名		被保険者氏名	
-------	--	--------	--

令和4年の収入見込み及び令和3年中の所得状況等について、次のとおり申告します。  
また、減免要件の確認のため、私の世帯員について、魚津市が必要な所得・課税情報の確認を行うことに同意します。

## 1 主たる生計維持者の減少する見込みの収入について

減少することが見込まれる収入が複数あるときはそれぞれ記入してください。

所得の種類	令和3年中の 収入額 ①	左記収入に係る 所得金額 ④	令和4年中の 収入見込額 ②	減少率 ③	失業・廃業日 該当する場合のみ
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与	円	円	円	%	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与	円	円	円	%	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与	円	円	円	%	令和 年 月 日
合計		円			

※①、②の欄は、新型コロナウイルス感染症による国民健康保険税の減免対象確認票Ⅱ(4)で確認した①、②の金額、  
③の欄は、確認票Ⅱ(5)で確認した③の減少率を記入してください。

※④の欄は、令和3年中の当該収入に係る所得額を記入してください。(確定申告書、源泉徴収票等に記載されています。  
分かる範囲で記入してください。)

## 2 主たる生計維持者の令和3年中の所得について

氏名	続柄	生年月日	令和3年中の 合計所得金額
主たる生計維持者		大昭 平令 年 月 日	円

※令和3年中の合計所得金額の欄は、分かる範囲で記入してください。

※以下の書類を添付してください。

- 新型コロナウイルス感染症による介護保険料の減免対象確認票
- 上記確認票に記載のある必要書類(書類の内容が税務課で確認できる場合は不要です。)

※偽りその他不正の手段により減免の決定を受けたときは、減免の決定を取り消すことがあります。