

世帯主の情報をご記入ください。  
 被保険者番号は、国民健康保険被保険者証にある番号を記入ください。  
 電話番号は日中ご連絡のつく番号を記入ください。

市国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)	記号	み石	70 A 111111
	住所	〒986-8501 石巻市穀町14番1号 TEL 0225 ( 95 ) 1111	
	フリガナ	イシノマキ タロウ	生年月日
	氏名	石巻太郎	(大・昭・平) 37年 1月 1日

新型コロナウイルス感染症の影響により、下記の理由で国民健康保険税の減免を受けたいので、証明書類を添えて申請します。

なお、要件確認のために必要な場合は、機関に報告を求めることを承諾します。

該当する理由にチェックをつけてください。

○減免を受けようとする理由

<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者(世帯主)が死亡し又は重篤な傷病を負ったため	<input type="checkbox"/> 死亡 氏名 ( ) <input type="checkbox"/> 重篤な傷病
<input checked="" type="checkbox"/> 主たる生計維持者(世帯主)の収入が減少したため	<input checked="" type="checkbox"/> 事業収入等の減少 <input type="checkbox"/> 事業の廃止又は失業(廃止・失業)

※「主たる生計維持者(世帯主)の収入減少」の理由で申請する方のみ記入してください。

1 令和3年中の主たる生計維持者(世帯主)及び同一世帯の国民健康保険加入者の収入状況

	氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
(世帯主)	石巻太郎	飲食業	事業(営業)	5,000,000円	2,000,000円
			不動産	800,000円	400,000円
			年金	1,500,000円	400,000円
				円	円
				円	円
		合計			① 2,500,000円
同一世帯の国保加入者 (被保険者)	石巻花子(妻)	飲食業			② 1,000,000円
	石巻一郎(子)	会社員			③ 1,250,000円
	石巻松子(母)				④ 年金150,000円
					⑤ 円
					⑥ 円
		合計(①)			4,900,000円

・この減免の対象となる「主たる生計維持者」とは世帯主であるため、世帯主が国保に加入しているか否かは問いません。  
 ・世帯主の令和3年中の収入額と所得額を収入の種類ごとに記入してください。

世帯主以外(国保加入者)の方は、令和3年中の合計所得金額のみを記入してください。  
 世帯主以外の収入減少は、この減免の対象となりません。

※主たる生計維持者(世帯主)の

※4月1日時点で満15歳以下の方、及び収入のない学生は記入不要。

※主たる生計維持者(世帯主)又は同一世帯の国保加入者(被保険者)のいずれかに所得の未申告者がいる場合、所得の申告が必要。

2 減少が見込まれる令和4年中の主たる生計維持者（世帯主）の収入額計算書

主たる生計維持者（世帯主）の氏名	月	どちらかに○をしてください	減少が見込まれる収入のみを種類ごとに記入してください ※収入の種類（給与・事業・農業・不動産・山林）			
			事業（営業）			
石巻 太郎	1月	確定・見込	450,000円			
	2月	確定・見込	300,000円			
	3月	確定・見込	150,000円			
	4月	確定・見込	150,000円			
	5月	確定・見込	100,000円			
	6月	確定・見込	150,000円			
	7月	確定・見込	150,000円			
	8月	確定・見込	150,000円			
	9月	確定・見込	200,000円			
	10月	確定・見込	200,000円			
	11月	確定・見込	200,000円			
	12月	確定・見込	300,000円			
令和4年中の収入見込額⑦			2,500,000円			
上記の収入への保険金、損害賠償等の補填金⑧			0円	円	円	円
令和3年中の収入額⑨			5,000,000円	円	円	円

・世帯主の収入のうち、減少が見込まれる収入(前年比10分の3以上の減)のみを記入して下さい。  
 ・月ごとの収入額(見込み額)の算出は、令和4年1月から直近の月までの収入確定額に、12月までの月ごとの収入見込み額を足して算出するなど、前年の収入金額をもとに算出してください。合理的な算出方法であれば算出方法は問いません。  
 ・減少が見込まれる収入の種類における前年度所得額が0円以下の場合、減免の対象となりません。

※減少が見込まれる収入等の前年度所得額が0円以下の場合、減免対象にはなりません。

3 収入減少による減免要件の確認欄（要件全てに該当しない場合、減免対象世帯となりません）

主たる生計維持者（世帯主）の事業収入等のいずれかの収入見込額（⑦+⑧）が前年⑨に比べて10分の3以上減少する見込み

主たる生計維持者（世帯主）の前年の合計所得金額①が1,000万円以下

主たる生計維持者（世帯主）の収入減少が見込まれる種類の所得以外の前年の合計所得額が400万円以下

●申請に必要な添付書類

① 新型コロナウイルス感染症

i 死亡診断書や医師による診断書

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等が10分の3以上減少し、かつ前年の合計所得が1,000万円以下である世帯（合計所得金額のうち、減少した事業収入等に係る所得以外の前年中の所得の合計額が400万円を超えるものを除く。）の場合

- i 主たる生計維持者及び同一世帯の被保険者全員の令和3年分の確定申告書や源泉徴収票の写し
- ii 主たる生計維持者の令和4年1月から申請する日までの給与の明細書や収入が確認できる帳簿の写しなど

【事業の廃止又は失業の場合】

- ・公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの
- ・主たる生計維持者による申立書及び事業主等による証明書

3つの項目すべてにチェックをつけてください。  
 1つでも該当しないものがある場合は減免対象世帯となりません。

傷病を負った世帯の場合

※書類の添付ができない方のみ記入してください。

書類が添付できない理由	
-------------	--