新型コロナウイルス感染症に係る 井原市税・保険料 減免申請書

令和　　年　　月　　日

井　原　市　長　様

(岡山県後期高齢者医療広域連合長 様)

被保険者証記号番号

申請者　住　所

(フリガナ)

氏　名

電　話（　　　　）　　　　－

井原市の各条例の規定等により、次のとおり減免を申請します。

\*申請する項目すべてにチェックをしてください。

□　国民健康保険税　　　　 　　納税義務者名(世帯主名) (　　　 )

□　後期高齢者医療保険料 　　被保険者氏名 (　　　 )　(　　　　 )

□　介護保険料 　　　　　　　　被保険者氏名 (　　　 )　(　　　　　　)

減免を受けようとする税・保険料の年度及び月期の区分

保険料の金額

国民健康保険税　　　　　後期高齢者医療保険料　　　　　　　介護保険料

　　　　　　　　１．申請事由（※以下該当する事由に〇）

　　　　　　　　（１）主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病

申請内容　　　 （２）個人事業または雇用先での感染症の影響による収入減

　　　　　　　　　　　（事業等の廃止・失業）

　　　　　　　　２．経緯（※申請時期にかかる経緯等を記載）

受付者記入欄（補てんの有無について○）

保険金、損害賠償金等による補てんの　　有　・　無

**※申請書・収入申告書とともに、添付書類として各種証明書類をご提出ください。（詳細は裏面に記載）**

【本人同意欄】　（同意する場合は□へチェック）

□　　国民健康保険法第１１３条の２の規定により、私の資産及び収入の状況につき、貴職が官公署に対し必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、または銀行、信託会社、私の雇用主その他の関係人に報告を求めることについて同意します。

□　　介護保険法第２０３条の規定により、私、配偶者、世帯主、その他その世帯に属する者の資産及び収入の状況、又は私に対する老齢等年金給付の支給状況につき、貴職が官公署若しくは年金保険者に対し必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、または銀行、信託会社、私の雇用主その他の関係人に報告を求めることについて同意します。

□　　高齢者の医療の確保に関する法律第１３８条の規定により、私、配偶者、世帯主、その他その世帯に属する者の資産及び収入の状況、又は私に対する老齢等年金給付の支給状況につき、貴職が官公署若しくは年金保険者に対し必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、または銀行、信託会社、私の雇用主その他の関係人に報告を求めることについて同意します。

**※申請書・収入申告書とともに、添付書類として各種証明書類をご提出ください。**

**１．新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した場合**

**・対象者全員の令和２年の収入がわかるもの（確定申告書、源泉徴収票の写し等）**

**・主たる生計者の令和３年の収入見込がわかるもの（通帳、金銭出納帳の写し等）**

**２．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又は重篤な傷病を負った場合**

**・死亡診断書、医師の診断書の写し等**

**３．事業の廃止・失業の場合**

**・事業廃止届、変更異動届、解雇通知、離職届、雇用保険受給資格者票の写し等**

1.減免は制度ごとで審査し、決定します。

2.後日、担当課職員が申請内容確認のため、ご連絡する場合があります。

3.減免申請手続き中は、督促状等が送付される場合があります。

（新型コロナウイルス感染症に係る 井原市税・保険料 減免）

|  |
| --- |
| 収入申告書　令和　　　年　　　月　　　日井　原　市　長　様(岡山県後期高齢者医療広域連合長 様) |
| 申告者名 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 次のとおり申告します。 |
| １　収入申告 |
| （１）生計維持者の氏名　　　　　　　　　　　　　（２）令和３年に減少が見込まれる収入（該当項目すべてに○）給与・営業・不動産・年金（厚生・国民・障害・企業・個人） |
| 手当（雇用保険・傷病・児童・児童扶養・障害者） |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （３）令和３年に減少が見込まれる収入の状況（令和２年～令和３年について記載）（（２）で選んだものから減少額が最も大きいものについて記載）２　その他（※上記以外に収入または収入見込みがある場合はその内容および金額を記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |