

年 月 日

主たる生計維持者(世帯主)		フリガナ	
(イ)	住所	被保険者氏名	
	電話番号 ()	被保険者番号	
(ア)	フリガナ	フリガナ	
	氏名	被保険者氏名	
	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	被保険者番号	
	被保険者番号		

* 世帯主が被保険者の場合、被保険者番号を記入してください。

1 主たる生計維持者の減少見込の収入について(減少が見込まれる収入が複数ある場合はそれぞれ記入してください。)

収入の種類	令和3年中の収入額(実績)①	令和4年中の収入見込額②	控除額③	減少率(①-②-③)/①
	円	円	円	%
	円	円	円	%
	円	円	円	%

* 対象となる収入の種類は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。

* 控除額とは、対象の収入減少に対して受け取った保険金及び損害賠償等補填される金額です。

* 持続化給付金等の支援金は収入額から控除してください。

2 主たる生計維持者及び全ての被保険者の所得について(基礎控除や各種控除を適用する前の額)

氏名	所得の種類	令和3年中の所得額	氏名	所得の種類	令和3年中の所得額
		円			円
		円			円
		円			円
		円	合計(C)		円

3 主たる生計維持者の令和4年中の収入見込状況について

◆事業の廃止・失業の場合は該当する方を○で囲ってください。			事業の廃止・失業
収入の種類	申請時までの収入実績額	申請時以後の収入見込額	令和4年中の収入見込額(実績+見込)②へ
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

特記事項(収入見込額等の算出方法を記載してください。)

* 対象となる収入は、事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入です。

* 収入状況、事業の廃止、失業の場合はそれぞれ確認できる書類を添付してください。

【誓約・同意事項】 下記項目をお読みになり、□にチェックを入れ、署名してください。

決定要件の妥当性等を調査するため、沖縄県後期高齢者医療広域連合が必要な所得・課税情報等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。

収入および所得の状況については調査票に記載のとおりです。なお、事実とは異なる内容が判明した場合は、減免額の変更または減免の取り消しをされても異議ありません。

申請者の署名

(市町村担当者記入欄)

【確認事項】

該当

◆ 1の事業収入等のいずれかの減少率が30%以上である。	
◆ 2の主たる生計維持者の前年の所得合計額が1,000万円以下である。	
◆ 1の中で30%以上減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計が400万円以下である。	

【令和3年度減免額計算書】

被保険者	算定保険料額(A)	主たる生計維持者の減少見込の事業収入等に係る令和3年中の所得額(B)	主たる生計維持者及び全ての被保険者の令和3年中の所得(C)
(ア)	円		円
(イ)	円		円
(ウ)	円		円
対象保険料額(A) A × B / C	減免割合(D)	減免額(E) A' × D	減免後保険料額 A - E
円		円	円
円	/10	円	円
円		円	円

【令和4年度減免額計算書】

被保険者	算定保険料額(A)	主たる生計維持者の減少見込の事業収入等に係る令和3年中の所得額(B)	主たる生計維持者及び全ての被保険者の令和3年中の所得(C)
(ア)	円		円
(イ)	円		円
(ウ)	円		円
対象保険料額(A) A × B / C	減免割合(D)	減免額(E) A' × D	減免後保険料額 A - E
円		円	円
円	/10	円	円
円		円	円

市町村受付欄(押印)

確認者	担当者

広域連合確認欄(押印)

管理課長	保険料Gリーダ	係員	担当者