

減免申請書 別紙

この用紙は、「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ、太枠内をすべて記入してください。

前年の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

※前年の主たる生計維持者の収入額(二重線枠内)を確認できる書類の添付が必要です(確定申告書の控え、源泉徴収票等)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 確認書類要添付 ① 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 確認書類要添付 ① 円	減少となるもの2 円
			減少となる収入合計 円	減少となる所得合計 ② 円
		減少となる収入以外の収入	減少となる収入以外の収入 確認書類要添付 ③ 円	減少となる所得以外の所得 ④ 円
			収入合計(①+③) ⑤ 円	所得合計(②+④) ⑥ 円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
合 計			⑦ 円	⑧ 円

今年の収入見込み額(主たる生計維持者)

※今年の主たる生計維持者の収入見込を立てられる書類の添付が必要です(帳簿、給与明細書等)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 確認書類要添付 ⑨ 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 確認書類要添付 ⑨ 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	確認書類要添付 円	円
			収入合計 円	所得合計 ⑩ 円

収入減少理由等記入欄 ※今年1月以降の収入状況や今後の見通し等について、できるだけ詳しく記入してください。

気仙沼市長 あて

宮城県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記の申立てが正しいことを証明します。

また、減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告いたします。

記入日

令和

年

月

日

住所	気仙沼市
氏名	