新型コロナウイルス感染症に係る介護保険料減免申請書

稲城市長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 世帯の主たる  生計維持者氏名 | （被保険者の同一世帯員に限る） | 日中連絡の  取れる電話番号 |  |
| 住　所 |  | | |
| 減免申請理由  （１～３のいずれかに○）  （※３に○の場合は、①及び②を  記入） | １　新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った（入院期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日）ため | | |
| ２　新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため | | |
| ３　新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の令和４年の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が、令和３年の当該事業収入等の額の30％以上であるため   1. 対象の事業収入等の令和４年１月から令和４年12月までの年間収入見込み   ・事業収入（営業等・農業）　　　　　　　　　　円　・不動産収入　　　　　　　　　　円  ・山林収入　　　　　　　　　　円　　　・給与収入　　　　　　　　　　円   1. 令和３年の確定申告は既に済んでいる（いずれかにﾁｪｯｸ） □はい　□いいえ | | |
| 稲城市介護保険条例第24条及び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被保険者等に係る稲城市介護保険料減免取扱要綱の規定により、申請理由を証する書類を添付のうえ申請します。申請内容について相違ありません。なお、減免の申請にあたり、私及び私の世帯員の収入及び資産の状況その他について、保険者が官公署、年金保険者、銀行、私の雇主その他関係人（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。また、報告要求に対し、官公署等が報告することについて私及び私の世帯員が同意している旨を官公署等に伝えても構いません。  申請日　令和　　　年　　　月　　　日  申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（※上記住所と同じ場合は省略可）  申請者自署　　　　　　　　　　　　　世帯の主たる生計維持者自署  （※上記被保険者と同じ場合は省略可）　　　　（※上記被保険者と同じ場合は省略可） | | | |

※申請書を提出される前に、裏面の減免判定フローをご覧ください。

新型コロナウイルス感染症に係る介護保険料減免判定フロー

**当該世帯員は減免対象**

◇必要な証明書類

　・令和３年中の収入を証明するもの（確定申告書の写し、源泉徴収票の写しなど）

　・令和４年中の収入を証明するもの（給与明細書の写し、給与が振り込まれる預金通帳など）

・事業廃止や失業の事実が分かる書類（廃業届の写し、離職証明書など）

次の「Ａ」－ 「Ｂ」 が400万円以下である。

Ａ

「令和３年」中の合計所得

金額（特別控除後）

Ｂ

令和４年中に30％以上減少することが見込まれる「事業収入」「不動産収入」「山林収入」「給与収入」の令和３年中の当該所得金額

減免

対象外

「主たる生計維持者」の令和３年中の合計所得金額（特別控除後）が

０円である。または、令和４年中に30％以上減少することが見込まれる「事業収入」「不動産収入」「山林収入」「給与収入」の令和３年中の当該所得金額の合計が０円以下である。

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」の令和４年の「事業収入」「不動産収入」「山林収入」「給与収入」のいずれかの収入見込み（保険金、損害賠償等により補てんされる金額を含む。）について、令和３年中の収入と比べて、減少額が30％以上ある。

※国や都などから支給される各種給付金は補てんされる金額に含みません。

いいえ

いいえ

はい

はい

**当該世帯員は減免対象**

◇必要な証明書類

・新型コロナウイルス感染症により、死亡又は入院の事実が分かる書類

（死亡診断書の写し、診断書など）

新型コロナウイルス感染症により、ご自身の住民票上の同一世帯の「主たる生計維持者（原則令和３年中の所得が最も

多い方）」が死亡し、又は重篤な傷病

（１か月以上の入院治療）を負った。

いいえ

はい

いいえ

はい