

勝山市長 様

私の世帯の生計を主として維持する者（主たる生計維持者）の収入の状況等について、次のとおり申告します。

なお、介護保険料の減免の可否を決定するために必要があるときは、介護保険法第203条の規定により、勝山市が関係機関に対し必要な資料を求め、又は関係人に報告を求めることに同意します。

また、申告内容が事実とは異なる内容であることが判明した場合は、減免額の変更又は減免の取消しをされても異議はありません。

1. 申告者（被保険者）

氏名	印	生年月日	年 月 日
住所	被保険者番号		

2. 主たる生計維持者

氏名	生年月日	年 月 日
住所	申告者との続柄	
廃業又は失業の有無	有 ・ 無	

3. 主たる生計維持者の収入・所得の状況

(1) 減少することが見込まれる事業収入等の状況

収入の種類	ア 前年の所得額	前年の収入額 ①	年中の収入見込額 ②	収入減少により受け取った保険金・損害賠償金等の額 ③
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

収入の種類	イ 減少見込割合 {①-(②+③)} / ①
	※イが0.3未満の場合 は対象外

(2) 前年の合計所得金額

ウ 合計所得金額	円
----------	---

(3) 年中の月別収入（見込）額内訳

	事業収入	給与収入	その他収入 ()	収入減少により受け取った 保険金・損害賠償金等 の額
1月				
2月				
3月				
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
合計				

※ 市記入欄		
イが0.3以上のアの合計額（廃業又は失業が無の場合は400万円未満であること）	円	A
申告者（被保険者）の保険料額	円	B
減少する見込の事業所得金額 ／前年の合計所得金額	A/ウ	C
前年の合計所得金額	<input type="checkbox"/> ウが210万円以下：10/10 <input type="checkbox"/> ウが210万円を超える：8/10	D
減免保険料額	<input type="checkbox"/> 廃業又は失業有：B×C <input type="checkbox"/> 廃業又は失業無：B×C×D	