

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	
	氏 名	

(様式第2号)

令和 年 月 日

介護保険料減免理由書兼生活実態等申告書

(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対する特例減免用)

以下の申告内容に相違がない旨を確認し、署名(自書)してください。

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

- 新型コロナウイルス感染症の影響による減免の種別
 - 要綱付則4(1)「被保険者又は主な生計維持者の死亡・傷病」
 - 要綱付則4(2)「事業収入等の著しい減少」
- 2 減少見込みの事業収入等の金額 **※ 要綱付則4(2)の場合に記載**

「減少する見込みの事業収入等」の種類	<input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 山林収入 <input type="checkbox"/> 給与収入
※ 事業又は業務の廃止・失業の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
令和4年における 事業収入等の減少見込み額(※1)	(令和4年見込額 ※ 損害賠償等で補填されるべき金額を控除) ① 円
令和3年における 減少見込みの事業収入等に係る収入額	(令和3年実績額 ※ 0円の場合は減免の適用なし) ② 円
令和3年における 減少見込みの事業収入等以外の所得の合計額	(令和3年実績額) ③ 円
令和3年における 減少見込みの事業収入等の所得の合計額	(令和3年実績額) ④ 円
令和3年における 合計所得金額(※2)	(令和3年実績額) ⑤ 円

※1 令和4年中において減少することが見込まれる収入額を記載する(年間の収入見込額ではない)。

※2 「合計所得金額」は、介護保険法施行令第22条の2第1項に規定する合計所得金額を記載する。

「① ≥ ② × 3 / 10」かつ「③ ≤ 400万円」の場合に減免の適用あり。

- 3 添付書類等

(収入の減少を証明する書類等を添付してください)
