様式第２号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免調書 | | | | | | | | | 受付番号 | | |  | | |
| 被保険者住所 | | | 曽於市 | □　　　　　　　　　　　　番地  □　　　　　　　　丁目　番　号 | | | | | 申請年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 電話番号 | | | ―　　　― | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | 被保険者番号 | | |  | | |
| 原因発生日 | | | 年　月　日 | | | | 調査  年月日 | 年　月　日 | | 調査員氏名 | | |  | |
| □第１号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が，新型コロナウイルス感染症により，死亡し，又は重篤な傷病を負った。  □新型コロナウイルス感染症の影響により，第１号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入，不動産収入，山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）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）が前年の当該事業収入等の額の10分の３以上であった  ※　具体的な理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| ①減少すること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額  　　　　　　　　円(400万円を超えるときは，不承認)  ②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） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 本年の事業収入等の額 | | | | ÷ | 前年の事業収入等の額 | | | ×10＝ | | | 減収  の程度 | | ※3/10未満は，不承認 |
|  | 円 | | | | 円 | | | ／10 | |
| ③　減免の割合(承認の場合) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 主たる生計維持者の合計所得金額 | | | | | | 減免割合 | |  | | | | | |
|  | 210万円以下であるとき | | | | | | □　全部 | |
|  | 20万円を超えるとき | | | | | | □　10分の8 | |
| ※　決定事由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 判定結果 | | □承認  □不承認 | 保険料賦課額 | | | | 減免対象額 | | 減免割合 | | 減免後の額 | | | |
| 円 | | | | 円 | | ／10 | | 円 | | | |