

収 入 申 告 書

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| フリガナ | | 住 所 | |
| 被保険者氏名 | | | |
| 被保険者番号 | | 世帯主氏名 | |

世帯の主たる生計維持者の状況（減収見込みの収入が複数種類ある時は、その合計額を記載してください）。

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----|---|--|-----|--|
| 氏名（性別） | () | 就 労 状 況 | <input type="checkbox"/> 廃 業 <input type="checkbox"/> 失 業 <input type="checkbox"/> 継 続 | | |
| 生 年 月 日 | | 被保険者資格 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 減収見込みの収入の種類及び令和2年1月から12月までのその収入の見込額 | | <input type="checkbox"/> 給 与 <input type="checkbox"/> 事 業 <input type="checkbox"/> 農 業 <input type="checkbox"/> 不 動 産 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 1月 | | 2月 | | 3月 | |
| 4月 | | 5月 | | 6月 | |
| 7月 | | 8月 | | 9月 | |
| 10月 | | 11月 | | 12月 | |
| ①令和2年のその収入見込額 | | ②保険金、損害賠償均等の額 | | | |
| ③令和元年のその収入の額 | | 収入の減少の割合 $1 - \frac{①+②}{③}$ | | | |

世帯の主たる生計維持者及びすべての被保険者の所得について

| 氏 名 | 収入の種類 | 令和元年中の所得額 |
|-------|-------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合 計 額 | | |

※事業の廃止・失業の場合は、それぞれ確認できる書類を添付してください。

※収入が減少した場合は、昨年（平成31年1月～令和元年12月）の収入が分かる書類、令和2年1月から申請する月までの収入が分かる書類を添付してください。（主たる生計維持者及び世帯の被保険者全員分）

 (市担当者記入欄)

該 当

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 事業収入等のいずれかの減少率が30%以上である。 | |
| <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の前年の所得合計額が、1,000万円以下である。 | |
| <input type="checkbox"/> 減少され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が400万円以下である。 | |