

収入見込額申告書

氏名		世帯主氏名		世帯主との続柄	
生年月日	S・H	年	月	日	電話番号

【同意事項】

私は、国民健康保険料の減免の申請に当たり、次の同意事項を確認のうえ、収入見込額を申告します。
(必ずお読みになり、内容に同意のうえ、□に✓を記入してください。)

- 虚偽の申請、不正等により収入を過少に見込んで申告していたと認められる場合、減免が取り消されることがあります。
- 偽りその他不正の行為により保険料の徴収を免れた場合、沼津市国民健康保険条例第34条の規定に基づき、徴収を免れた金額の5倍に相当する金額以下の過料が科されることがあります。

主たる生計維持者の収入見込額について、次のとおり申告します。

【就労状況】

継続（収入減少） 失業（令和 年 月 日） 廃業（令和 年 月 日）

【令和3年中の収入額（年収）】

	給与収入	事業収入	不動産収入	山林収入
年収	円	円	円	円

【令和4年中の収入額 と 今後の見込み額】

月		給与収入	事業収入	不動産収入	山林収入
1月	実績	円	円	円	円
2月	実績	円	円	円	円
3月	実績	円	円	円	円
4月	実績	円	円	円	円
5月	実績	円	円	円	円
6月	実績	円	円	円	円
7月	実績・見込	円	円	円	円
8月	実績・見込	円	円	円	円
9月	実績・見込	円	円	円	円
10月	実績・見込	円	円	円	円
11月	実績・見込	円	円	円	円
12月	実績・見込	円	円	円	円
年収見込額（合計）		円	円	円	円

※収入の種類ごとに記入してください。30%以上の減少が見込まれる収入のみ記載してください。

※収入額は、保険金、損害賠償等により補填された額を含めたものを記載してください（予定を含む。）。

※国・県・市の各種給付金（持続化給付金等）は、収入に含まれません。

【保険金、損害賠償金等による補填の有無】

令和3年中	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (円)	<input type="checkbox"/> 無
令和4年中	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (円) (予定を含む。)	<input type="checkbox"/> 無

※「有」の場合、金額がわかる書類の写しの提出が必要です。

【課税対象の各種給付金（持続化給付金等）の受給の有無】

令和3年中	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (円)	<input type="checkbox"/> 無
令和4年中	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (円)	<input type="checkbox"/> 無

※「有」の場合、青色申告決算書、収支内訳書、支給決定通知書等の写しの提出が必要です。

【収入の減少理由】

(主たる生計維持者の収入の減少理由を具体的に記入してください。)

保険料の最初の納期限を過ぎて申請する場合、納期限を過ぎた理由を記入してください。(該当の場合のみ記入)

(該当の理由に○をつけてください)

ア 書類準備が困難であったため

イ 入院・病気治療中で申請が困難であったため

ウ 収入減少の原因が納期限以後に生じたため

エ 収入の見通しが立ったのが納期限後であったため

オ その他 ()

【国民健康保険課処理欄】

主たる生計維持者の減収見込みの収入に係る令和3年中の所得額 (B)	円
世帯の被保険者全員につき算定した令和3年中の合計所得金額 (C)	円

主たる生計維持者の令和3年中の所得の金額の合計額	円	確認 <input type="checkbox"/>
--------------------------	---	-----------------------------

令和4年度分 保険料	
医療分	円
後期分	円
介護分	円
計	円

世帯コード