

## 令和4年分 収入状況等申告書

令和 年 月 日

中之条町長 様

申請者氏名

私の世帯は、世帯構成員が  介護保険料 ・  国民健康保険税の減免対象者の要件に該当すると見込まれるため、下記のとおり収入状況等について申告します。

なお、町が申告内容や世帯構成員について、公簿等の課税状況等を調査することに同意します。

### 記

#### 1. 納税義務者

氏名	生年月日 (大・昭・平)	年	月	日 (介護・国保)
氏名	生年月日 (大・昭)	年	月	日 (介護)
氏名	生年月日 (大・昭)	年	月	日 (介護)
氏名	生年月日 (大・昭)	年	月	日 (介護)

#### 2. 世帯の主たる生計維持者と収入状況 (□には、✓チェックを入れてください。)

氏名(性別)	(男・女)	就労状況	<input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 継続
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	— —
減収が見込まれる収入の種類	<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 不動産		
<b>A</b> 減収が見込まれる収入の令和3年中の事業収入等の額			円
<b>B</b> 基準額 (A×3/10)			円
<b>☆</b> 減収が見込まれる収入の令和4年中の事業収入等の額 (下記の計)			円
1月	円	5月	円
2月	円	6月	円
3月	円	7月	円
4月	円	8月	円
9月	円	10月	円
11月	円	12月	円
<b>C</b> 令和4年中の事業収入等の減少額 (A-☆)			円
<b>D</b> 保険金、損害賠償等により補填される金額			円
<b>E</b> 実質減少分 (C-D)			円

【以下、町記入欄】 ※ 介護は要件1・3、国保は要件1～3すべてに該当すれば、減免対象

要件1 … Eの金額 ≥ Bの金額 であれば、該当 該当 ・ 非該当

要件2 … (国民健康保険税の場合) 1,000万円以下であれば、該当 該当 ・ 非該当

世帯の主たる生計維持者の令和3年中の合計所得金額 円

要件3 … 400万円以下であれば、該当 該当 ・ 非該当

世帯の主たる生計維持者の減収が見込まれる事業収入等に係る所得以外の令和3年中の所得金額 円