

特例介護保険料減免申請に係る収入状況申告書

年 月 日

住 所  
氏 名  
電話番号

1 主たる生計維持者の減少見込みの収入について

主たる生計維持者の氏名	収入の種類	令和4年中 の収入額	令和3年中 の収入額	減少率 1 - ( + ) /
減少することが見込まれる 収入が複数あるときはそれ ぞれ記入してください。				

の収入額欄には、減少が見込まれる事業の今年最も減少した月の収入額を記載。  
の収入額欄には、 に記載した事業の前年同月の額、又は当該事業の前年の12分の1の額を記載。  
減少率が0.3(30%)未満の場合は、対象となりません。

2 収入減少により受け取った、保険金・損害賠償等の額

円
---

3 主たる生計維持者の所得について

収入の種類	令和3年中の所得額
合 計	

減少すると見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の  
所得の合計額が400万円超の場合は、対象となりません。

4 事業の廃止・失業について

事業の廃止・失業の場合は該当する方を で囲んでください。	事業の廃止 ・ 失業
------------------------------	------------