

介護保険料徴収猶予・減免申請書

申請年月日 令和 年 月 日

(宛先) さいたま市長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																
	氏 名		個人番号																
	住 所			連絡先	()														
		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女														

被保険者以外の方が申請をする場合のみご記入ください。

代 理 人	フリガナ		被保険者との関係															
	氏 名		連絡先	()														
	住 所																	

減 免 事 由	1 被保険者が居住する住宅・家財等が災害により著しい損害を受けた。 災害発生日：令和 年 月 日
	2 生計維持者が、死亡・重大な心身障害・長期入院、事業等の休廃止・事業損失・失業等により所得又は収入が著しく減少した。 事由発生日：令和 年 月 日
	3 監獄、労役場その他これらに準じる施設に1月以上拘禁された。 該当期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
	4 その他（上記以外） 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため。
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる。

【さいたま市処理欄】

決定区分	承 認 ・ 非 承 認	徴収猶予 減 免 期 間	令和 年 月 日から
適用理由	条例第 8 条第 項第 号 9		令和 年 月 日まで
減免割合		減 免 額	

同意書

介護保険料の徴収猶予の決定及び減免の決定について必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況等につき、さいたま市が官公署に調査を嘱託し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇用主その他の関係者に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

代理人住所

代理人氏名

新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の状況申告書

(あて先) さいたま市長

令和 年 月 日

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____

1 主たる生計維持者について

主たる生計維持者	氏 名			
	生年月日	M・T・S・H	年	月 日

2 主たる生計維持者の収入の減少見込みについて

収入の種類	令和3年 収入額 ①	令和4年 収入見込額 ② 注1	収入減少により受け取った 保険金・損害賠償金等の額 ③
給 与 収 入	円	円	円
事 業 収 入	円	円	円
不 動 産 収 入	円	円	円
山 林 収 入	円	円	円

注1 収入の見込額は、収入額が確定している2月分から4月分までなど複数月を基準として、年額換算した金額をもとに今後の収入額を見積ってください。

3 主たる生計維持者の収入減少見込みの事由について

該当する場合、○で囲んでください。	事業の廃止 ・ 失業
-------------------	------------

4 主たる生計維持者の令和3年の所得

所得の種類	令和3年の所得額
給 与 所 得	円
事 業 所 得	円
不 動 産 所 得	円
山 林 所 得	円
上記以外の所得	円
合 計 所 得 ④	円

<添付書類>

(1) 事業収入等の減少が見込まれる事由を証する書類

ア 失業

離職証明書、退職証明書、雇用保険受給者証等

イ 事業の廃止

廃業届（税務署、保健所等）、廃業証明署（保健所）、法人登記簿

ウ 事業の休止

休業届（税務署）、会計簿、源泉徴収簿等

(2) 事業収入等の減少額を証する書類

申告の裏付けとなる証明書及び帳簿等 ※減少額の見込みがわかるもの

[例] 事業収入等の減少 →倒産、廃業を証明できる書類、帳簿等

[例] 給与等の減少の場合 →給与明細書等

(3) 令和3年の事業収入等を確認するための書類

[例] 確定申告書の控え・源泉徴収票等

----- 以下は記入不要です -----

【さいたま市処理欄】

	減少率 1 - (②+③) / ①	令和3年の所得のうち	
		減少が見込まれる	減少が見込まれない
給 与		円	円
事 業		円	円
不 動 産		円	円
山 林		円	円
上記以外			円
	合 計 ⑤	円	円

<減免予定額>

$$\begin{array}{ccccccc}
 \text{令和4年度} & & \text{主たる生計維持者の} & & \text{主たる生計維持者の} & & \text{対象} \\
 \text{保険料額} & & \text{減少することが見込} & & \text{令和3年の合計所得} & & \text{保険料額} \\
 & \times & \text{まれる事業収入等に} & \div & \text{金額 ④} & = & \\
 & & \text{係る令和3年の所得} & & & & \\
 & & \text{額 ⑤} & & & & \\
 \text{円} & & \text{円} & & \text{円} & & \text{円}
 \end{array}$$

(1円未満切捨)

$$\begin{array}{ccc}
 \text{対象} & \times & \text{減免割合} \\
 \text{保険料額} & & \\
 & & = \\
 & & \text{保険料減免額}
 \end{array}$$

/ 10

円

(100円未満切上)

- A4用紙で印刷してください。
- 外枠線で切り取り、点線に沿って折り曲げ、糊付けして作成してください。
- 切手を貼って投函してください。

338-8586

切手をお貼り
ください。

さいたま市桜区道場4丁目3番1号

さいたま市桜区役所 高齢介護課

(減免申請書在中)

行

氏名	住所	差出人(〒)

のりしろ

のりしろ