様式第１号（第５条関係）

記入例

新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険税減免申請書

年　　月　　日

（宛先）南砺市長

・日中連絡の取れる電話番号を記入してください。
・納税通知書の１ページ目にある記号番号をご記入ください。

申請者（世帯主）
住所　南砺市荒木１５５０番地
氏名　南砺　太郎
電話番号　0763-23-2005
記号番号　01234578

国民健康保険税の減免を受けたいので、南砺市国民健康保険税条例第２６条及び南砺市国民健康保険税の減免の特例に関する要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

１　主たる生計維持者	（申請者と異なる場合のみ記載してください。） 氏名	
２　減免を受けようとする事由	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が次の事由に該当	添付書類
	□ 死亡したため 死亡日：　　年	診断書の写し
	□ 重篤な傷病を負 ため 入院期間：　　年　月　日～　　年　月　日	□医師の診断書の写し
	□ 事業収入等の減少が見込まれるため ※以下の①～③の全てに該当する場合 ①事業収入、不動 前年に比べて10 (保険金、損害賠 収入に含める) ②前年の所得の合 ③減少が見込まれ に係る所得以外の 所得の合計額が400万円以下である	□別紙「事業収入等の状況申告書」 □収入を証する書類 （別紙「事業収入等の状況申告書」の内容を証明するもの） （例）確定申告書の写し、帳簿の写し、給与明細書の写し、源泉徴収票の写し（廃業・失業の場合は、廃業届の写し、離職票の写しなど）等
３　減免を受けようとする保険税	令和３年度　第　１　期　～　第　８　期	71,000　円
	年度　第　期　～　第　期	円

・忘れずにチェックをお願いします

・令和３年度、令和３年度（令和２年度相当）の納税通知書の４ページ目を確認して記入してください。分からない場合は省略可能です。

事業収入等の状況申告書

記入例

記号番号		申請者（世帯主）	

１．主たる生計維持者の減収が見込まれる収入についてご記入ください。

減少率３０％以上が減免対象です。

申請者（世帯主）が主たる生計維持者と異なる場合のみ記載してください。→ 主たる生計維持者の氏名

収入の種類	２０２１年中の収入実績額 ① 1月 ～ 6月	２０２１年中の収入見込額 ② 7月～ 12月	保険金及び損害賠償等により補填される金額 ③	２０２１年中の収入見込額 ①＋②－③	２０２０年中の収入額	減少率	２０２０年中の当該収入に係る所得額
				0円			
				0円			
				0円			

プから収入を選んでください。

申請月の前月までの金額を入力してください。

申請月以降の金額を入力してください。

持続化給付金や特別定額給付金（１０万円）は含みません。

確定申告書、住民税申告書、源泉徴収票を確認して入力してください。

確定申告書、住民税申告書、源泉徴収票を確認して入力してください。
減少率が３０％以上あっても前年所得が０円またはマイナスの場合減免にはなりません。

【見込額の算出方法】

【営業分】２月から来客が徐々に減り、県内で感染症患者が発生し始めた３月末から収入減は著しく、緊急事態宣言以降は、休業し、解除後に再開。６月以降は少しづつ来客が戻りつつあるが、昨年の半分程度。以降、感染症が拡大する前の令和2年１月の収入で換算しても、前年と比較し、30%以上の収入減である。

※対象の収入は**事業収入**（営業＋農業）、**給与収入**、**不動産収入**、**山林収入**となります。
※２０２１年１月から申請時までの直近の収入が分かるものを添付してください。（給与明細書や帳簿の写し等）
※２０２０年中の収入が確認できるものを添付してください。
※保険金及び損害賠償等により補填される金額がある場合は保険契約書や帳簿の写しを添付してください。

２．主たる生計維持者及び全ての被保険者の２０２０年中の所得について

No.	氏名	続柄	生年月日	年齢	２０２０年中の合計所得金額	
1						
2						
3						
4						世帯合計金額
5						

確定申告書、住民税申告書、源泉徴収票等をご確認ください。
分からない場合は省略可能です。

国民健康保険税納税通知書３ページの被保険者氏名欄をご確認ください。

西暦でご記入ください。
例：１９８０／０４／１

※確定申告や住民税申告をされていない方は収入の分かるものを添付してください。

３．事業の廃止・失業について該当があれば〇をしてください。

	事業の廃止		失業

※該当がある場合は確認できる書類を添付してください。（廃業届や事業主の証明の写し）

・収入見込及び所得の状況について上記に記載のとおりです。
・決定要件の確認のため南砺市が主たる生計維持者及び被保険者の所得・課税情報の確認を行うことに同意します。
・国民健康保険の加入・脱退等により税額等が変更となる場合、減免額が変更になることに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者の署名　　㊞