

令和 年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長あて

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る
後期高齢者医療保険料減免に関する申立書

主たる生計維持者（世帯主） 住 所 _____
氏 名 _____ ㊟
電話番号 _____

- 私は、新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る後期高齢者医療保険料の減免の申請をするうえで、減少が見込まれる世帯の収入を以下のとおり申告します。
- 滋賀県後期高齢者医療広域連合が、減免申請審査の必要に応じて、私の申立内容（損害・所得状況等）の確認を行うことや他の行政機関等へ調査・照会することについて同意します。

世帯収入見込み内容

- 次の太枠内の収入申告書にご記入の上、令和2年中の収入が判明できる資料（帳簿、給与明細等）と令和元年分の確定申告書、住民税申告の写しを添付してください。（令和2年中の収入減少に対して保険金、損害賠償等により補填される金額を加算して記入願います。）

（※箇所は記入不要）

収入申告書	令和2年中の収入（見込み）	令和元年中の収入※	減少率※
事業収入	円		
不動産収入	円		
山林収入	円		
給与収入	円		
その他収入	円		

※【主たる生計維持者の減少見込み令和元年中所得額合計 _____】(B)

- その他特記事項（収入の見込みについて特記する事項があれば記載してください）

※以下欄は記入不要

【市町担当者確認事項】

- 1. の事業収入等の減少率が30%以上である。
- 主たる生計維持者（世帯主）の前年の所得合計額が1,000万円以下である。
- 1. における30%以上減少する事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計が400万円以下である。