

令和4年度（令和3年度相当分） 国民健康保険税 介護保険料 減免申請書  
 （新型コロナウイルス感染症関連対策）

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

西川町長 殿

主たる生計維持者（世帯主等）

※太枠内のみ記入

行政区コード		世帯番号	
住所	西川町大字		
氏名			
電話番号	( ) -		

下記により、同世帯に所属する者の国民健康保険税および介護保険料の減免を受けたいので、西川町国民健康保険税条例第28条第2項および西川町介護保険条例第10条第2項の規定に基づき、減免を受けようとする理由を添えて申請します。

※該当する項目に☑を付けてください。

**減免事由1**

- 主たる生計維持者（世帯主等）が新型コロナウイルス感染症により死亡または重篤な傷病を負い、保険税（料）の納付が困難となったため。

**提出書類**

- り患したことのわかる書類（診断書等）

**減免事由2**

- 主たる生計維持者（世帯主等）の令和2年中の収入が新型コロナウイルス感染症の影響に伴う廃業、失業または収入が前年に比べ30%以上減少したことにより、保険税（料）の納付が困難となったため。

**提出書類**

事業所得者	<input type="checkbox"/> 令和2年、3年分確定申告書または町県民税申告書（※） <input type="checkbox"/> 令和2年、3年分収支内訳書または青色申告決算書（※） <input type="checkbox"/> 廃業の場合 それを証明する書類の写し
給与所得者	<input type="checkbox"/> 令和2年、3年分給与の源泉徴収票の写し（※） <input type="checkbox"/> 失業の場合 それを証明する書類の写し

（※）令和4年1月1日現在町内に住所を有し、令和2年、3年分確定申告書等を提出済みの場合は省略可

**＜減免の対象となる保険税（料）額＞**

納期限が令和4年4月1日から令和5年3月31日までに設定されている令和3年度相当分の保険税（料）

《町確認欄》 ※記入の必要はありません。

減収した収入に係る 令和2年の収入額 ①	減収した収入に係る 令和3年の収入額 ②	減収割合 ③ $(1 - \text{②} / \text{①}) \times 100$
円	円	%
令和2年の合計所得金額 ①	左のうち減収した収入に 係る所得金額 ②	減収した収入に係るもの 以外の所得金額 ③ (① - ②)
円	円	円

※ ③が30%以上、①が1000万円以下、③が400万円以下のすべてに該当する場合に減免の対象となります。廃業・失業の場合は①の金額に関わらず減免の対象となります。