

新型コロナウイルス感染症の影響による 国民健康保険税の減免に係る申告書

(1) 主たる生計維持者（世帯主）の氏名・生年月日・被保険者番号・電話番号をご記入ください。

氏名	
生年月日	年 月 日
被保険者番号	
電話番号	

※保険証の右上に記載されている番号

(2) 該当するものいずれか1つに○をつけてください。

番号	項目	チェック (いずれかに○)	該当する場合
1	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業等の廃止や失業（非自発的失業を除く）にいたった世帯 【添付書類】 ①令和元年分の確定申告書一式（第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書）、又は令和元年分の源泉徴収票 ②令和2年分の確定申告書一式（第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書）、又は令和2年分の源泉徴収票 ③事業等を廃止したとわかる書類、又は失業したとわかる書類		左記の【添付書類】を提出出来ることを確認して頂いたうえで、(3)へ進んでください。
2	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入減少が見込まれる世帯 【添付書類】 ①令和元年分の確定申告書一式（第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書）、又は令和元年分の源泉徴収票 ②令和2年分の確定申告書一式（第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書）、又は令和2年分の源泉徴収票		左記の【添付書類】を提出出来ることを確認して頂いたうえで、(3)へ進んでください。
3	新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った世帯 【添付書類】 ①医療機関等が発行している診断書等の写し ※重篤な傷病とは、1ヵ月以上の治療を有すると認められるなど、症状が著しく重い場合をいいます。		左記の【添付書類】を提出出来ることを確認して頂いたうえで、(5)へ進んでください。

(3) 主たる生計維持者（世帯主）の方について、該当するものに○をつけてください。

項目	チェック (該当に○)	該当する場合
新型コロナ感染症の影響により、前年(2019年)1年間の収入(事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入)額と、今年(2020年)1年間の収入額を比較し、30%以上減少している収入がある。		左記の4項目全てに該当する場合、(4)へ進んでください。 ※1つでも該当がない項目があると、今回の減免申請の対象にはなりません。
前年(2019年)の合計所得金額が1,000万円以下である。		
前年(2019年)の合計所得金額のうち、収入減少の影響を受けた所得以外の所得額が400万円以下である。		
勤務先の都合で解雇や退職により国民健康保険に加入した旨の申請（「非自発的失業者に係る保険税の軽減適用申請」）による、国民健康保険税の軽減を受けていない。		

(4) 令和元年中及び令和2年中の収入額を次の表に記入してください。

【記入方法】

- 所得の種類に○をして頂き、収入の種類ごとに令和元年中の総収入額（事業収入、不動産収入については、確定申告書の収入金額等、給与収入については、源泉徴収票の総支払額）と令和2年中の総収入額を記入してください。
- ※右の表は減少した収入の種類が複数ある場合に使用してください。
- 収入の減少を補てんする保険金・損害賠償金、休業補償等がある場合は③及び⑦を記入してください。左記には特別定額給付金や持続化給付金は含まれません。

年月	収入金額	収入金額 ※収入の種類が複数ある場合に 使用してください
収入の種類	給与収入・事業収入 不動産収入・山林収入 (いずれか当てはまるものに○をしてください)	給与収入・事業収入 不動産収入・山林収入 (いずれか当てはまるものに○をしてください)
令和元 総収入額	① 円	⑤ 円
令和2年 総収入額	② 円	⑥ 円
収入の減少を 補てんする金額	③ 円	⑦ 円
令和2年総収 入額+補てん する金額	④ ②+③ 円	⑧ ⑥+⑦ 円

令和元年分の確定申告書一式
(第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書)
又は令和元年分の源泉徴収票の写しを添付してください。

令和2年分の確定申告書一式
(第一表・第二表・青色申告決算書・収支内訳書)
又は令和2年分の源泉徴収票の写しを添付してください。

※①と④、⑤と⑧を比較して頂き、
30%以上減少していることを確認したうえで、(5)へ進んでください。

(5) 下記同意事項を確認して頂き、ご署名をお願いいたします。

申請書・申告書の内容及び提出書類に虚偽等が判明した場合は、減免を取り消す場合があることに同意します。

氏名 (自署)

(6) 提出書類を確認して頂き、チェック欄に○をつけてください。

提出物の名称	チェック欄
国民健康保険税減免申請書	
新型コロナウイルス感染症の影響による 国民健康保険税の減免に係る申告書	
(2) の【添付書類】	

不備・不足がないことを確認し、下記へ提出してください。

【提出先】 〒272-8501

市川市八幡1丁目1番1号

市川市役所 国民健康保険課 保険税担当