様式第２号（第５条関係）

利根町介護保険料減免理由書

年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="10">申請理由の詳細</td><td colspan="7">□世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病
⑴（新型コロナウイルス感染症による介護保険料の減免に関する取扱要綱第２条第１号該当）</td></tr>
<tr><td colspan="7">□世帯の主たる生計維持者の事業収入等の減少
⑵（新型コロナウイルス感染症による介護保険料の減免に関する取扱要綱第２条第２号該当）</td></tr>
<tr><td>世帯の生計を主として維持する者</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>収入が減少する理由</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">収入の種類</td><td colspan="2">前年の収入金額等</td><td rowspan="2">②減少することが見込まれる収入額</td><td rowspan="2">③保険などにより補てんされる額</td><td rowspan="2">④収入額の減少割合
(②-③)÷①</td><td rowspan="2">備　考</td></tr>
<tr><td>①前年収入額</td><td>前年所得金額</td></tr>
<tr><td>営業等</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>不動産</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>山　林</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>給　与</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>年　金</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>合　計</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">添付書類</td><td colspan="7">⑴　①主たる生計維持者が死亡した場合
□死亡診断書
□その他（　　）
②主たる生計維持者が重篤な疾病を負った場合
□医師の診断書
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">⑵　主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
□保険金・補償金等の支払い通知
□税務署に提出した廃業届・異動届の写し
□事業主による証明書
□令和３年分の確定申告書，収支内訳書，青色決算書の写し
□その他（　　）</td></tr>
</table>

※上記の書類のほか，必要に応じて関係書類を添付していただくことがあります。