

様式第2号(第4条関係)

減免に係る所得状況申告書

令和2年中の収入状況（主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者）

※減少が見込まれる収入とは、事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかであり、株の取引による収入等は含まれません。

氏名	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者	10分の3以上減少が見込まれる令和元年中の 事業収入	円	円
	10分の3以上減少が見込まれる令和元年中の 不動産収入	円	円
	10分の3以上減少が見込まれる令和元年中の 山林収入	円	円
	10分の3以上減少が見込まれる令和元年中の 給与収入	円	円
			(a)10分の3以上減少となる所得合計 円
			(b)上記以外の所得合計 円
			①合計所得金額 (a)+(b) 円
同一世帯の被保険者			②合計所得金額 円
同一世帯の被保険者			③合計所得金額 円
同一世帯の被保険者			④合計所得金額 円
合計			①+②+③+④ 円

令和3年中の収入見込み額（主たる生計維持者）

※減少が見込まれる収入とは、事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかであり、株の取引による収入等は含まれません。

収入の種類	収入額	令和3年中の月別収入見込み額				
		月	事業収入	不動産収入	山林収入	給与収入
10分の3以上減少が見込まれる令和2年中の 事業収入	円	1月	円	円	円	円
		2月	円	円	円	円
10分の3以上減少が見込まれる令和2年中の 不動産収入	円	3月	円	円	円	円
		4月	円	円	円	円
10分の3以上減少が見込まれる令和2年中の 山林収入	円	5月	円	円	円	円
		6月	円	円	円	円
10分の3以上減少が見込まれる令和2年中の 給与収入	円	7月	円	円	円	円
		8月	円	円	円	円
保険金、損害賠償等により補てん されるべき金額	円	9月	円	円	円	円
		10月	円	円	円	円
		11月	円	円	円	円
		12月	円	円	円	円
		合計	円	円	円	円

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

収入および所得の状況については上記の記載のとおりです。なお、事実とは異なる内容であることが判明した場合は、減免額の変更または減免の取消をされても異議はありません。
また、申請に必要な場合、世帯の収入状況について広域連合が官公署等に資料の提供を求めることに同意します。

申請者住所

申請者氏名

連絡先電話番号 ()