

事業収入等の状況申告書 (国保税・後期高齢・介護保険)

※申請する項目に○

令和4年の収入見込及び令和3年中の所得状況について、次のとおり申告します。
また、減免要件の確認のため、私の世帯員について、射水市又は後期高齢者医療広域連合が必要な所得情報等の確認を行うことに同意します。

申請者(世帯主)	署名または 記名・押印	印	電話番号	
主たる生計維持者	世帯主	・	世帯主以外(氏名:	世帯主との続柄:)

1. 主たる生計維持者の減少する見込みの収入について

収入の種類	①令和3年中の 収入額	令和3年中の当該収 入に係る所得金額	②令和4年中の 収入見込額 (2の合計額を記入)	③収入減少により 受け取った保険 金・賠償金等の額	減少率 【1-(②+③)/①】
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与					#DIV/0!
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与					#DIV/0!
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与					#DIV/0!
合計		0円			

※ 令和3年に比べ、減少率が30%未満の場合は対象となりません。

※ ①令和3年中の収入額が確認できる書類を添付してください。(令和3年確定申告書第一表の控えの写し(収入金額の記載がない場合は収支内訳書又は青色申告決算書の写し)、源泉徴収票の写し等)

※ ③収入減少により受け取った保険金・損害賠償金等(国や県から支給される各種給付金は含まない。)がある場合には、額が確認できる書類を添付してください。(帳簿、保険契約書等の写し等)

2. 主たる生計維持者の令和4年中の収入見込み額の算出について

1で記入した収入の種類ごとに、月ごとの収入見込額(到来月については実収入額)を記入してください。

収入減少により受け取った保険金・損害賠償金等がある場合には、記入してください。

事業収入等が3つ以上ある場合は、同申告書を2枚ご使用ください。

収入の種類		【収入の内容(事業名や勤務先名など)】				【見込の算出方法】	
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与						月までは収入実績 月からは実績を踏まえた収入見込	
1月(実績)	2月(実績)	3月(実績)	4月(実績)				
5月(実績)	6月(実績)	7月(実績・見込)	8月(実績・見込)				
					事業の廃止・失業の場 合は該当する方を○	廃止・失業	
9月(実績・見込)	10月(実績・見込)	11月(実績・見込)	12月(実績・見込)	合計額			
				0円			
収入の種類		【収入の内容(事業名や勤務先名など)】				【見込の算出方法】	
<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与						月までは収入実績 月からは実績を踏まえた収入見込	
1月(実績)	2月(実績)	3月(実績)	4月(実績)				
5月(実績)	6月(実績・見込)	7月(実績・見込)	8月(実績・見込)				
					事業の廃止・失業の場 合は該当する方を○	廃止・失業	
9月(実績・見込)	10月(実績・見込)	11月(実績・見込)	12月(実績・見込)	合計額			
				0円			

※ 到来月の実収入額については、事業収支の帳簿の写しや給与証明書等を添付してください。

※ 事業の廃止・失業の場合は、それぞれ確認できる書類を添付してください。

3. 主たる生計維持者及び全ての世帯員の令和3年中の所得について

裏面を記入してください。

(表面からの続き)

3. 主たる生計維持者及び全ての世帯員の令和3年中の所得について

氏名		続柄	生年月日			令和3年中の合計所得金額	
主たる生計維持者			T・S・H・R	年	月	日	
世帯員			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
合計							0円

記入はここで終了です。

<添付していただく書類>

主たる生計維持者の

- 令和4年1月から申請月までの実収入額が確認できる書類
事業収支の帳簿の写しや給与証明書等
- 令和3年中の収入額が確認できる書類
令和3年確定申告書第一表の控えの写し(収入金額の記載がない場合は収支内訳書又は青色申告決算書の写し)、源泉徴収票の写し等
- (該当する場合のみ)
収入減少により受け取った保険金・損害賠償金等がある場合は、額が確認できる書類
帳簿、保険契約書等の写し等
※国や県から支給される各種給付金は含みません。

※市記入欄

<減免対象>

国民健康保険

記号番号	納税義務者(世帯主)

該当 ・ 非該当

後期高齢者医療

被保険者番号	氏名

該当 ・ 非該当

該当 ・ 非該当

介護保険

被保険者番号	氏名

該当 ・ 非該当

該当 ・ 非該当