

世帯主の診療状況及び収入状況申告書

1 納税義務者 (世帯主)

被保険者証 記号・番号		1 2 3 4 5 6 7	
世帯主	ふりがな	ふかや たろう	生年月日 ○○○○
	氏名	深谷 太郎	電話番号 ○○○○
	住所	深谷市仲町11番1号	

保険証の番号を記入

住民票上の世帯主について記入

2 納税義務者 (世帯主) の収入減少状況

収入減少区分	令和 ( 4 ) 年中 年間収入見込額 (※)	添付書類
✓ 給与減少	2,000,000 円	給与明細書、収入申告書等
失業による給与減少		退職理由が記載されている退職証明書、給与明細書等
✓ 事業収入減少 ( ____ 収入)	3,200,000 円	収入申告書、売上帳簿等
廃業による事業収入減少 ( ____ 収入)		廃業等届出書及び収入申告書又は売上帳簿等
その他 ( ____ 収入)		収入申告書及び収入減少がわかる証明等
合計額		

【収入の3割減少が見込まれる場合】令和4年中の収入が確定していない場合は、ご自身で見込額を算出し、記入してください。

(※減少した収入の種類が複数あるときは、それぞれの区分に記入してください。)

※新型コロナウイルス感染症の影響をうけた年間収入額を記載してください。

3 国・県からの給付金、支援金または保険金、損害賠償等により補填されるべき金額の受給状況

	支援金等の種類	支援金等の金額
令和3年中		1,000,000 円
		200,000 円
		円
		円
		100,000 円
	合計	1,300,000 円
令和4年中		800,000 円
		円
		円
		円
		円
	合計	800,000 円

国、県および市からの支援金や事業の保険金等該当するものがあれば記入してください。(※確定申告が必要であるもの(課税対象となるもの)を記入します。)

(裏面への記入もお願いします)

4 新型コロナウイルス感染症に伴う診療状況（医療機関等に受診した場合）

【医師等の意見書欄】

- (1) 患者名  
深谷 太郎
- (2) 傷病等の種類  
新型コロナウイルス感染症に感染
- (3) 疾病等の確認日  
年 月 日
- (4) 診療期間（診療中の場合は、予定期  
年 月 日から 年 月  
上記のとおり診療を受けていることに相  
年 月 日
- 医療機関等の所在地  
医療機関等の名称  
医療機関等の連絡先  
医師の氏名

医師記載欄

【令和4年度に新型コロナウイルス感染症に感染し、長期治療をした、もしくは死亡したかたがいる場合】

医師へ記入を依頼してください。  
※診断書等で医療機関から新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる書類があれば記入不要

上記のとおり申告します。

令和 4年 8月 1日

深谷市長 あて

納税義務者 住 所 深谷市仲町11番1号  
(世帯主) 氏 名 深谷 太郎  
電話番号 048-571-1211

申請者(世帯主)の住所、氏名、電話番号を記入  
※申請日は記入日を記載してください。

【記入上の注意】

- ・申請に誤りがないよう再度確認してください。
- ・申請内容に虚偽または不正行為がある場合には、これらが判明したときは減免決定を取り消す場合があります。
- ・記載内容を訂正する場合は、二重線で見え消しし、訂正印を押印のうえ、訂正してください。
- ・申請内容に不備があった際は、市から連絡の上、改めて必要書類の添付をお願いする場合があります。