

(給付金申告用)

大津市長あて

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した
被保険者等に係る国民健康保険料減免に係る給付金受給額申告書

世帯主名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

- 私は、新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る国民健康保険料の減免の申請をするうえで、令和3年中の給付金の額を以下のとおり申告します。
- 大津市が、私の申告内容の事実確認のために調査することについて同意します。
- 申告内容に誤り等があったときは、国民健康保険料の減免額の変更及び取消しをされても異議ありません。

① 令和3年中の事業収入、不動産収入及び山林収入に国、県及び市町村からの給付金の金額を含みますか。

はい いいえ

①で“はい”の方は下の給付内容についてご記入ください。

給付内容	
1. 給付金の受給者（生計維持者） <input type="checkbox"/> 上記世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 上記世帯主と異なる 氏 名（ ） 続柄（ ）	
2. 令和3年中に受給された給付金の総額と内訳をご記入ください。また、給付金の受給額を証明する書類（交付決定通知書等の金額が明記してあるもの）を添付ください。	
給付金受給総額 円	
内 訳	給付金名 金額
	円
	円
	円
	円

