

# 調査票

●世帯の主たる生計維持者

|         |            |   |     |
|---------|------------|---|-----|
| 氏名（世帯主） |            |   |     |
| 生年月日    | 明・大・昭・平・西暦 | 年 | 月 日 |

●主たる生計維持者の減収が見込まれる収入(10分の3以上の減収が見込まれないものは記入不要)

|    | 収入の種類  | 令和2年中の収入見込み額 | 令和元年中の収入額及び所得額 |                |
|----|--|--------------|----------------|----------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 | 円            | 収入             | 円              |
|    | <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入  |              | 所得             | 円              |
| 2  | <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 | 円            | 収入             | 円              |
|    | <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入  |              | 所得             | 円              |
| 3  | <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 | 円            | 収入             | 円              |
|    | <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入  |              | 所得             | 円              |
| 4  | <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 | 円            | 収入             | 円              |
|    | <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 山林収入  |              | 所得             | 円              |
| 合計 |  | 円            | 収入             | 円              |
|    |  |              | 所得             | 円 <sup>B</sup> |

●保険金、損害賠償等により補てんされる金額（国や地方公共団体から支給される各種給付金は記載不要）

|              |       |   |
|--------------|-------|---|
| 保険金、損害賠償金の名称 |       | 保険金、損害賠償金を受給できる場合は、支給額決定通知書等の写しを添付してください。 |
| 受給できる金額      | 円     |   |
| 受給する日（予定日）   | 年 月 日 |   |

●被保険者の令和元年中の合計所得金額（18歳未満は記載不要）

|   | 被保険者氏名 | 令和元年中の合計所得 |
|---|--------|------------|
| 1 |        | 円          |
| 2 |        | 円          |
| 3 |        | 円          |
| 4 |        | 円          |
| 5 |        | 円          |

●令和元年中の「合計所得金額」

|             |
|-------------|
| 世帯全体        |
| C           |
| 円           |
| うち主たる生計維持者分 |
| D           |
| 円           |

●誓約・同意事項（項目にチェックを入れ、署名・捺印してください。）

決定要件の妥当性等を審査するために、主たる生計維持者及び全ての被保険者について、市町村が収入、所得等の確認を行うことや必要な資料を他の官公署等の関係機関及び関係者に照会・調査することに同意します。

収入及び所得の状況については、調査表の記載のとおりです。なお、事実と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しをされても異議ありません。

令和 年 月 日

申請者の署名 \_\_\_\_\_ 印