

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

収入の減少に関する申出書

佐賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の減免申請を行うにあたり、令和2年中の世帯主の収入の減少が下記の理由によるものであることを申し出ます。

なお、新型コロナウイルス感染症と関係のない懲戒解雇や離転職及びそれに準ずる理由による収入減少でないことを申し添えます。

記

1 職業等

2 収入減少の理由

令和 年 月 日

世帯主住所： _____

世帯主氏名： _____ 印

収入の減少に関する申出書

佐賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の減免申請を行うにあたり、令和2年中の世帯主の収入の減少が下記の理由によるものであることを申し出ます。

なお、新型コロナウイルス感染症と関係のない懲戒解雇や離転職及びそれに準ずる理由による収入減少でないことを申し添えます。

記

1 職業等

職業の内容を記載します。

飲食店（居酒屋）

2 収入減少の理由

収入が減少した具体的な理由を記載します。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の休業要請があり、4月から5月に渡り

自営している飲食店を閉めていたことで売上げが落ち込みました。また6月に再開

しましたが、来客数が少なく、売上げが落ち込んだままです。昨年と比べ、売上げ

は同月比で2割に落ち込んでいます。

令和 2 年 7 月 7 日

世帯主住所： 佐賀市〇〇町〇〇番地〇〇

世帯主氏名： 広域 太郎

