

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、令和2年7月豪雨に伴う災害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、令和2年7月豪雨に伴う災害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。

お土産を販売する店舗で販売員として勤務

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。

お土産を販売する店舗で勤務していましたが、令和2年7月6日の豪雨で店舗が床上浸水し、店舗自体を閉鎖することになり、解雇されることになりました。したがって、豪雨までは給与が月15万円支払われていましたが、解雇によって給与がなくなりましたので、収入が減少しました。

令和 2 年 9 月 30 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

