

国民健康保険税減免申請書

興部町長 あて

興部町国民健康保険条例第24条第3項に基づき、次のとおり申請します。

申 請 日	令和 年 月 日	
申請者 (納税者)	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	()
	被保険者番号	

減 免 申 請 年 度	令和 3 年 度
-------------	----------

減免申請年度の年税額	円
------------	---

世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日	年 齢	国保加入の有無	現在の職業等	令和2年中の所得額(円)
	1		世帯主			有 無	円
	2					有 無	円
	3					有 無	円
	4					有 無	円
	5					有 無	円
	6					有 無	円

申 請 理 由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。						
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため						
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため						
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため						
	私の属する世帯に関し、興部町が行う次のことに同意します。						
<input type="checkbox"/> 保健所への新型コロナウイルス感染症に関する情報照会							
<input type="checkbox"/> 収入の状況及び資産、預貯金等の所有状況について、官公署、銀行、その他関係機関に行う情報照会							
住所							
氏名							
印							

※ 減免決定後、申請内容に虚偽があることが判明した場合は、減免を取り消すことがあります。