

| 国民健康保険税減免申請書 | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|-------|-------|-------------|--------|-------|-------|
| 上峰町長 様 上峰町国民健康保険条例第 36 条の 2 第 2 項に基づき、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | |
| 申 請 日 | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 申請者 (納税者) | 住 所 | | 上峰町 | | | | | | |
| | 氏 名 | | 印 (自署の場合は押印不要です) | | | | | | |
| | 電話番号 | | () | | | | | | |
| | 被保険者証記号番号 | | | | | | | | |
| 減免申請年度 | | | 令和 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 | 収入の有無 | |
| | | | 世帯主 | . . | | 有 無 | | 前年 | 当該年 |
| | 1 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| | 2 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| | 3 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| | 4 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| | 5 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 |
| 6 | | | | . . | | 有 無 | 有 無 | 有 無 | |
| 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"/> 主たる生計維持者の事業を廃止又は失業したため | | | | | | | | |
| | 私の属する世帯に関し、次のことに同意します。 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 鳥栖保健福祉事務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"/> 健康福祉課との情報共有 | | | | | | | | |

※この申告書は国保加入者（加入者でない世帯主を含む）の中で収入のある人全員分を提出して下さい