

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

令和元年度・令和 2 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

前年

当該年

1

世帯主

・ ・

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。

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

主たる生計維持者の収入が減少したため

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。

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

健康福祉課との情報共有

収入申告書（給与・年金用）

※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ください。

申告日	年 月 日	申告者 (主たる生計維持者)	印
-----	-------	-------------------	---

(自署の場合は押印不要です)

私の世帯の次の者の令和2年中の収入について以下のとおり申告します。

氏名			
収入の種類	□給与	会社名等	
		電話番号	()
	□年金（障害年金や遺族年金等に非課税年金の記入は不要です）		

※確定及び見込額を記入してください。

月	どちらかに○を してください	給与		年金	
		金額	備考	金額	備考
1月	確定・見込				
2月	確定・見込				
3月	確定・見込				
4月	確定・見込				
5月	確定・見込				
6月	確定・見込				
7月	確定・見込				
8月	確定・見込				
9月	確定・見込				
10月	確定・見込				
11月	確定・見込				
12月	確定・見込				
合計					

※収入額を証する書類として、給与明細・源泉徴収票・年金支払通知書等の写しを添付してください。

