

年度 国民健康保険税 減免申請書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

納税義務者 住所 _____
氏名 _____

申 請 者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

納税義務者との続柄: _____

常滑市国民健康保険税条例第26条第2項の規定により、下記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

減免事項 (該当する項目に○をつける)		減免を受けようとする理由		市処理欄
1	生活保護法の規定による 被保護者	生活保護受給者 氏名		☐ 保護状況
		保護開始年月日	年 月 日	
2	長期療養を要する者	療養を要することと なった期間	年 月 日から 年 月 日まで	☐ 合計所得210万円以下 ☐ 診断書(6か月以上の療養)
3	勤労学生	学校名・学年	・ 第 学年	☐ 勤労学生控除の適用 ☐ 学生証等・在学証明書等
4	給付制限を受けている者	給付制限を受けて いる期間	開始: 年 月 日	☐ 在所証明
			終了: 年 月 日	
5	失業又は休廃業等により 合計所得金額が 5/10以下に減少する 見込みである者	前年中 合計所得金額	円	☐ 合計所得210万円以下
		本年中 所得見込額	円	☐ 前年中合計所得の1/2 ≤ _____円
		現在の 生活状況		☐ 源泉徴収票等
6	災害により 被害を受けた者	被災年月日	年 月 日	☐ 被災を証明する書類等
		被害状況		☐ 保険金の受給状況
7	旧被扶養者に該当する者	旧被扶養者氏名		
8	その他			

☐ 申請書の受理後、条件が満たされていない場合は減免を取り消します。

【市処理欄】

宛 名 番 号		証 番 号	
---------	--	-------	--