

令和 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	世帯主氏名		<input type="checkbox"/> 保護状況
		保護開始年月日	令和 年 月 日	
2	長期療養を要する者	療養を要すること なった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 合計所得 210 万円以下 <input type="checkbox"/> 診断書(6 か月以上の療養)
3	死亡	死亡年月日		<input type="checkbox"/> 合計所得 210 万円以下
4	勤労学生	学校名・学年	・ 第 学年	<input type="checkbox"/> 勤労学生控除の適用 <input type="checkbox"/> 学生証等・在学証明書等
5	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:令和 年 月 日 終了:令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 在所証明
6	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	<input type="checkbox"/> 合計所得 210 万円以下
		本年中 所得見込額	円	<input type="checkbox"/> 前年中合計所得の 1/2 ≤ _____ 円
		現在の 生活状況		<input type="checkbox"/> 源泉徴収票等
7	災害により 被害を受けた者	被災年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被災を証明する書類等
		被害状況		<input type="checkbox"/> 保険金の受給状況
8	旧被扶養者に該当する者	旧被扶養者氏名		
9	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、納付していただく場合がございます。

【市処理欄】

宛名番号		証番号	
------	--	-----	--