

国民健康保険税減免申請書									
年 月 日									
大治町長 殿									
申請者 住所 氏名									
大治町国民健康保険税条例第25条の規定により国民健康保険税の減免を受けたいので、その理由を証する書類を添えて下記のとおり申請します。									
減免を受けようとする理由		<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡また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または失業したため							
理由の発生した日		年 月 日							
被保険者の記号番号				通知書番号					
減免を受けようとする国民健康保険税額									
年度	期別	納期限	税額(円)	期別	納期限	税額(円)	期別	納期限	税額(円)
年度	第1期			第5期					
	第2期			第6期					
	第3期			第7期					
	第4期			第8期			合計		
世帯の状況									
氏名		続柄	職業又は学校名		前年中の総所得金額		今年中の総所得金額の見込額		
		世帯主							
災害による被害状況									
対象となる災害等				被害前の評価額及び被害程度等					
<input type="checkbox"/> 感染症による死亡 または重篤な傷病				死亡診断書の写し、医師の診断書等による					
<input type="checkbox"/> 感染症による収入の減少				収入申告書、国保加入者全員の前年の収入が分かるもの、主たる生計者の本年の収入見込が分かるもの等による					
<input type="checkbox"/> 感染症による事業の廃止 または失業				上記に同じ収入関係書類、廃業等届出書、事業廃止届出書、退職証明書、解雇通知書、雇用保険受給資格者証等による					

注 該当する部分のみ記入してください。