

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

三郷町長 様

申請者 住所
氏名

印
(自署の場合は、押印不要)

下記の理由により国民健康保険税の減免を受けたいので、三郷町国民健康保険税条例第26条第2項の規定により、必要書類を添付し申請します。

記

納税義務者	被保険者証番号					
	住 所					
	氏 名					
対象年度・減免期間						
減 免 事 由			(1) 災害 () (2) 著しい収入減少 () (3) 拘禁等 (4) 旧被扶養者 (5) 生活保護等 (6) 別に定める場合 ()			
保 険 税 額						
【普通徴収】	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	/
納期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
保険税額	円	円	円	円	円	
【普通徴収】	第6期	第7期	第8期	第9期	第10期	随期
納期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
保険税額	円	円	円	円	円	円
【特別徴収】	4月	6月	8月	10月	12月	2月
保険税額	円	円	円	円	円	円
減免を受けようとする理由（具体的に詳しく記入して下さい。）						
添 付 書 類						
<input type="checkbox"/> 災害	<input type="checkbox"/> 障害者 ()					
	<input type="checkbox"/> 行方不明者 ()					
	<input type="checkbox"/> 居住宅等の損害 ()					
<input type="checkbox"/> 著しい収入減少	<input type="checkbox"/> 収入状況及び資産保有状況調査票	<input type="checkbox"/> 障害者 ()				
		<input type="checkbox"/> 長期の入院又は自宅療養等 ()				
		<input type="checkbox"/> 事業の休廃止等 ()				
		<input type="checkbox"/> 干ばつ等による農作物の不 作、不漁等 ()				
<input type="checkbox"/> 拘禁等 ()						
<input type="checkbox"/> 旧被扶養者 ()						
<input type="checkbox"/> 生活保護等 ()						
<input type="checkbox"/> 別に定める場合 ()						