

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

稲美町長様

申請日を記入してください。

世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入してください。

(住所) 稲美町
 (世帯主氏名) (※)
 (生年月日) 年 月 日

通知書1ページ目に記載のある「記号番号」を記入してください。

(電話番号)
 (記号番号)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

減免申請される方の氏名・生年月日を記入してください。

の理由により、国民健康保険税の減免を申請します。

減免申請の理由 (証明書類を添付してください)

(氏名) (生年月日) 年 月 日)が

- 失業(退職)後、現在無職・無収入であるため
- 今後1年間の総所得金額の見込額が、前年中の総所得金額と比較して2分の1以下に減少するため
- 疾病等により、引き続き3か月以上の入院加療を要する状態にあり、同時に収入が著しく減少するため
- その他()

に納税が著しく困難であるため。

て該当する理由に✓を入れ

失業	前勤務先		離職年月日	年 月 日
公的年金	受給予定	(あり・なし)	予定受給額	円
年度	現	過	今後	種
総所得金額	円			
(備考)				
		円	4. 給与支払(見込)額証明書	
		円	5. 医師の診断書	
	計	円	6. その他()	
(摘要)			処理欄	
	確認者	税務課確認	適用条文	担当 担当(副)
		完納	入力	
		未納あり 収税係へ	納付書	

失業された方は前勤務先名称と退職日を記入してください。
 公的年金受給予定の該当する方に○をつけてください。
 受給予定ありの方は予定受給額もご記入ください。

ここから下は記入しないでください。