

国民健康保険税の減免申請書

中城村長 殿

次のとおり、 年度分国民健康保険税の減免を申請します。

通知書番号		国保番号			
フリガナ 納税義務者	印	フリガナ 申請代理人	印		
住 所	〒				
生年月日	年 月 日生()歳	職業 職場			
電話番号	自宅	職場	携帯		
申請理由					
世帯状況	氏 名	続柄	生 年 月 日	年齢	備 考

適用条項	<ul style="list-style-type: none"> 第2条第1項第1号 世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯 第2条第1項第2号 世帯の主たる生計維持者の収入減少が見込まれる世帯
------	---

※所得の状況
別紙のとおり