

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<br>納税義務者 | 印          | フリガナ<br>申請代理人 | 印    |    |    |
| 住所            | 〒          |               |      |    |    |
| 生年月日          | 年 月 日生( )歳 | 職業<br>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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※所得の状況  
別紙のとおり