国民健康保険税減免申請書

年　　月　　日

十津川村長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　（印）

　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、十津川村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 |  |
|  | | 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 |  |
| 【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ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 災害 | | □ | | | 障害者 | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| □ | | | 行方不明者 | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| □ | | | 居住宅の損害 | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| □ | 著しい  収入減少 | | □ | | 収入状況及び資産保有状況調査票 | | | □ | | 長期の入院又は自宅療養 | | | | （　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ | | 事業の休廃止等 | | | | （　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ | | 干ばつ等による農作物の不作、不漁等 | | | | （　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ | 拘禁等 | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| □ | 旧被扶養者 | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| □ | 生活保護等 | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| □ | 別に定める場合 | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |