

国民健康保険税減免申請書

利尻富士町長 様

利尻富士町国民健康保険税条例第25条第2項に基づき、次のとおり申請します。

申 請 日		年 月 日						
申 請 者 (納税者)	住 所	利尻郡利尻富士町						
	氏 名							
	電話番号							
	被保険者番号							
減免申請年度								
減免申請年度の年税額		円						
世帯 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	年齢	国保加入 の有無	職 業	収入の有無	
							前年	当該年
	1		世帯主			有 無		有 無
	2					有 無		有 無
	3					有 無		有 無
	4					有 無		有 無
	5					有 無		有 無
	6					有 無		有 無
7					有 無		有 無	
申 請 理 由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、 減免を申請します。							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため							
	私の属する世帯に関し、会計課税務こくほ係が行う次のことに同意します。							
	<input type="checkbox"/> 保健所等への新型コロナウイルス感染症に関する照会 <input type="checkbox"/> 他部署との情報共有							