|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 有　無 |
| ２ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 有　無 | 有　無 |
| ３ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 有　無 | 有　無 |
| ４ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 有　無 | 有　無 |
| ５ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 有　無 | 有　無 |
| ６ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 有　無 | 有　無 |
| ７ |  | |  |  |  | 有　無 |  | 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。 | | | | | | | | | |
| ☐　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 | | | | | | | | | |
| ☐　主たる生計維持者の収入が減少したため | | | | | | | | | |
| ☐　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。  　☐　保健所等への新型コロナウイルス感染症に関する照会  　☐　他部署との情報共有 | | | | | | | | | |