

幸田町国民健康保険税減免申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

納税義務者 住所 _____

（世帯主）

氏名 _____

【電話】 ()

国民健康保険税の減免を受けたいので、幸田町国民健康保険税条例第23条第2項の規定により下記のとおり申請します。

記

被保険者証番号	—	個人番号												
適用区分（該当番号に○）		申請事項												
1	前年の所得額が300万円以下で当年の所得額が1/2以下に減少すると見込まれる世帯	所得の減少理由 失業 ・ 廃業 その他（ ）												
2	災害などによる	災害発生年月日												
3	国民健康保険法第59条に該当するため													
4	被保険者が心身障害者医療費受給者証の交付を受けた世帯（前年の所得額が300万円以下で軽減を受けた世帯を除く。）													
5	被保険者が母子家庭等医療費受給者証の交付を受けた世帯（前年の所得額が300万円以下で軽減を受けた世帯を除く。）													
6	旧被扶養者に該当するため	氏名												
7	非課税世帯であるため（軽減を受けた世帯を除く。）													
8	世帯主が生活保護を受けた世帯	保護開始年月日												
9	被保険者が就学援助を受けた世帯（軽減を受けた世帯を除く。）													
10	被保険者が児童扶養手当の支給を受けた世帯（軽減を受けた世帯を除く。）													
11	その他町長が特に必要と認めるとき													

（注）この申請書には、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。