

新型コロナウイルス感染症による国民健康保険税減免申請書

| 申請年度         |   | 令和 元 年度、令和 2 年度 |            |                     |                  |
|--------------|---|-----------------|------------|---------------------|------------------|
| 1<br>加入世帯の状況 | 氏名  | 世帯主から見たときの続柄    | 主たる生計維持者に○ | 生年月日                | 勤務先<br>職業<br>屋号等 |
|              |   | 世帯主             |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
|              |   |                 |            | 明平<br>大令<br>昭西<br>暦 | ・<br>・           |
| 2<br>申請理由    | <input type="checkbox"/> (1) 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<br><input type="checkbox"/> (2) 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため  |                 |            |                     |                  |
|              | 収入が減少する理由   |                 |            |                     |                  |
| 3<br>添付書類    | (1) 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<br><input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                 |            |                     |                  |
|              | (2) 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため<br><input type="checkbox"/> 令和2年1月から12月までの収入見込みが分かるもの<br>収入申告書（別紙1）、収支明細書、会計帳簿、給与明細書等の写しなど<br><input type="checkbox"/> 平成31年1月から令和元年12月までの収入が分かるもの<br>確定申告書、源泉徴収票、収支内訳書、青色決算書の写しなど<br><input type="checkbox"/> 事業等の廃業や失業などが分かるもの<br>税務署に提出した廃業届等、事業主による証明書など<br><input type="checkbox"/> 保険金、補償金、損害賠償等により補てんされる金額が分かるもの<br>保険金・補償金等の支払通知、帳簿の写しなど<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※上記書類のほか、必要に応じて関係書類を添付していただくことがあります。<br>※書類の添付が困難な場合や記載内容に不備がある場合、聞き取りにより確認させていただきます。<br>※世帯主及び世帯員の収入等の状況について、課税台帳等により調査・確認することがあります。 |                 |            |                     |                  |

(注意事項) 減免申請理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申し出てください。

上記・別紙のとおり、減免をうけたく滑川町国民健康保険条例第24条第2項の規定により申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名 印

電話番号

(宛先) 滑川町長