

令和 年度国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

古座川町長 様

納税義務者 住所 古座川町

氏名 _____ 印
生年月日 年 月 日生

申請者 氏名 _____ 印
電話番号

国民健康保険税の全額を負担することが下記の理由により困難なため、古座川町国民健康保険税の減免に関する取扱要項第5条の規定により、国民健康保険税の減免について必要書類を添えて申請します。

記

保険証番号	通知書番号	年税額
該当理由	1. 災害等 2. 失業() 3. 疾病・負傷 4. 国民健康保険法第59条 5. その他()	
理由発生年月日	年 月 日	
申請理由 (具体的に書くこと。)		

次の資料は、減免を判定する場合の資料となりますので、ありのまま記入してください。なお、必要に応じて調査等を行います。

	氏名	続柄	年齢	職業（勤務・通学）先	年(月)収
世帯構成	①	世帯主			
	②				
	③				
	④				
	⑤				
所有財産等	①土地(有・無)		m ²	②家屋(有・無)	m ²
	③退職金(有・無)		円	④保険金(有・無)	円
	⑤預貯金(有・無)		円	⑥失業保険(有・無)	円
	⑦療養又は生活扶助(有・無)〔			〕	
	⑧その他〔			〕	
支出項目	①借入金・住宅ローン借入金		万円	借入期間	年 月まで
	現在の残高		万円	毎月の支払額	円()
	②治療費(保険診療分除く。)		病名	毎月の支払額 円	
	年 月～		年 月まで	入院・通院(病院名)	
	③学費 学校名		学年	毎月学費	円
	④その他〔			〕	
その他申立事項				係員 所見	
記録	添付書類			受付印	