

国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

上 砂 川 町 長 様

申請者（世帯主）

住所	
氏名	(印)
電話	

下記により国民健康保険税の減免を受けたいので、上砂川町税条例第 165 条第 1 項の規定に基づき、減免を受けようとする理由を添えて、申請します。

記

減免を受けようとする理由（具体的に記入して下さい。）
① <input type="checkbox"/> 生計中心者が新型コロナウイルス感染症にり患し、国民健康保険税の納付が困難となったため。
② <input type="checkbox"/> 生計中心者が新型コロナウイルス感染症の影響に伴う失業、事業の廃止又は収入が減少する見込みにより国民健康保険税の納付が困難となったため。
添付書類
① <input type="checkbox"/> 患したことのある書類（診断書等）
② <input type="checkbox"/> 令和元年分確定申告書第一表、収支内訳書又は青色申告決算書の控えの写し
<input type="checkbox"/> 給与所得者の場合 令和 2 年 1 月分から申請日の直近までの給与の明細書
<input type="checkbox"/> 転入者の場合 令和 2 年度所得証明書及び令和元年分収入のわかる書類

納税義務者、納期（納期限）及び減免申請額

納税義務者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記載不要）		被保険者証番号		
住 所					
納期	納期限	税額	納期	納期限	税額
第 1 期	. .	円	第 6 期	. .	円
第 2 期	. .	円	随時期	. .	円
第 3 期	. .	円			
第 4 期	. .	円			
第 5 期	. .	円			
			申請額	/	円

※ この減免申請書及び減免を受けようとする理由を証明する書類は、納期限までに提出して下さい。減免は令和 2 年 2 月以降分にかかる保険料のみが対象となります。