提出様式1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

国民健康保険税減免申請書

座間味村長　殿

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　印

被保険者との関係

下記のとおり保険料の減免を申請します。

記

１　被保険者等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ  氏　　　　　　名 | | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住　　　　　　所 | | |  | | | | |
| 保険証記号番号 | | | 座国 | 電話番号 | | －　　　　－ | |
| 世帯主  主たる生計維持者 | 氏名 | |  | | | | |
| 世帯主  主たる生計維持者 | | 住所 |  | | | | |

２　保険料の額等

　　　　別紙のとおり　（所得申告書　兼　国保減免概算計算書）

３　申請理由（※該当する次の（１）から（３）に〇を付けてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| （１） | 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った世帯 |
| （２） | 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のアからウまでのすべてに該当する世帯  ア 事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の３以上であること。  イ 前年中の合計所得金額が1,000万円以下であること。（介保は除く）  ウ 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下であること。 |
| （３） | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４　 添付書類

□診断書等（３（１）に該当するかた）

□収入の減少が確認できるもの（３（２）に該当するかた）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上