様式第1号(第3条関係)

年　　月　　日

国民健康保険税の減免申請書

　西原町長　　　　殿

　次のとおり、　　　　　年度分国民健康保険税の減免を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | 　 | 国保番号 | 　 |
| フリガナ納税義務者 | 　 | フリガナ申請代理人 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生(　)歳 | 職業職場 | 　 |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　職場　　　　　　　　　　　携帯 |
| 申請理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 世帯状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 適用条項 | ・　第2条第1項第1号　　世帯の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・　第2条第1項第2号　　世帯の主たる生計維持者の収入減少が見込まれる世帯 |

※所得の状況

　　別紙のとおり