

国民健康保険税減免申請書

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	印		
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

適用条項及び理由	条例第22条第1項第1号
	1. 天災その他これに類する事項
	条例第22条第1項第2号
	1. 被保険者の世帯の世帯員が1人の場合
	2. 被保険者の世帯の世帯員が2人以上の場合
条例第22条第1項第3号	
1. 所得の減少 2. 生活保護世帯 3. 国保法第59条（日本国外・少年院等への収容・抑留）	
4. 母子家庭 5. 高齢者世帯 6. 重度身体障害者 7. 病気療養 8. 失業・倒産	
9. 居住用財産の譲渡 10. その他 ()	

減免を受けようとする保険税の額及び納期限

期	保険税額	納期限	期	保険税額	納期限
1期	円	月 日	5期	円	月 日
2期	円	月 日	6期	円	月 日
3期	円	月 日	7期	円	月 日
4期	円	月 日	8期	円	月 日
随時	円	月 日	随時	円	月 日

1 世帯の収入状況

（国民健康保険税減免申請に関する収入状況について、次のとおり申告します。）

※ 年度中の収入額又は所得額の見込み額を記入してください。当該年の所得確定後、見込み額を確定額に修正します。

氏名	続柄	年齢	職業	年中の所得		年中の所得	
				所得種類	年間所得額：円	所得種類	年間所得額：円
災害保険金・損害保険金・雇用保険金等							
世帯の総所得金額				ア	円	イ	円
ウ 所得減少額（ア－イ）				円			
エ 所得減少率（ウ÷ア）				%	オ 減免率（所得割額）	%	

※ 年中の所得額の確認については、確定後に納税義務者様が福祉保険課窓口へ申告していただくことを基本としますが、ご連絡がつかない等の場合にはご世帯構成員の税情報を閲覧させていただきますがよろしいでしょうか。（イ 同意する ロ 同意しない）

2 世帯の財産状況申告

（国民健康保険税減免申請に関する財産状況について次のとおり申告します。）

※自動車を所有している場合は、自動車検査証の写しを添付してください。

氏名	預貯金	土地・建物	自動車・バイク	その他（現金・債権等）
	有（ 円）無	有（居住用・その他）	有（営業用・自家用）	
	銀行名	無	無	
	有（ 円）無	有（居住用・その他）	有（営業用・自家用）	
	銀行名	無	無	
	有（ 円）無	有（居住用・その他）	有（営業用・自家用）	
	銀行名	無	無	
	有（ 円）無	有（居住用・その他）	有（営業用・自家用）	
	銀行名	無	無	

※ 減免申請において、上記財産等を官公署・金融機関等に世帯全員分の資料依頼しますが、よろしいでしょうか。

（イ 同意する ロ 同意しない）

令和 年 月 日

納税義務者氏名 _____ 印

3 世帯の生活状況報告

① 現在の生活状況 _____ _____ _____ _____	添付書類関係 1 罹災証明書 2 収入状況関係所 3 診断書・入院証明書 4 離職証明書等 5 障害者手帳等 6 在監証明書等 7 借入金証明書等 8 雇用保険受給資格者証（写） 9 自動車検査証等 10 その他 原本又は写しをご用意ください	
		② 社保加入者の扶養として加入できない理由 _____ _____
		③ 雇用保険が受けられない理由 _____ _____

以下は記入なさないでください。 (受付職員名 _____)

減免基準項目 (減免基準額)			過年度分の滞納状況 有 (年度 _____ 円)
前年度世帯総所得金額 (600万円以下)	当該金額・率	該当	無 所見
当該年度世帯総所得減少率 (30%以上の減少)			
① 災害(30%以上の損害) ② 所得の減少 ③ 生活保護世帯 ④ 国保法第59条を適用 ⑤ 母子家庭 ⑥ 高齢者世帯 ⑦ 重度身体障害者 ⑧ 病気療養中(平成 年 月 日から) ⑨ 失業(平成 年 月 日から) ⑩ 居住用財産の譲渡 ⑪ 町長が認めるもの	適用条項及び理由 条例第22条第1項第1号 ①天災その他これに類する事項 条例第22条第1項第2号 ②被保険者の世帯の世帯員が1人の場合 ②被保険者の世帯の世帯員が2人以上の場合 条例第22条第1項第3号 ①所得の減少 ②生活保護世帯 ③国保法第59条 ④母子家庭 ⑤高齢者世帯 ⑥重度身体障害者 ⑦病気療養 ⑧失業・倒産 ⑨居住用財産の譲渡 ⑩その他		

減免される金額

	減免前国保税 (期～ 期)	予定額・決定額	減免後国保税 (期～ 期)
医療分			
介護分			
計			

上記のとおり、決定通知してよろしいでしょうか。

判定結果 1 承認 2 不承認 3 保留

判定理由 _____

起案日	R . . .	町 長	副町長	課 長	係 長	係
決裁日	R . . .					
通知日	R . . .					