

様式第1号（第5条関係）

国民健康保険税減免申請書								
阿波市長 様								
阿波市国民健康保険税条例第25条の規定により、国民健康保険税の減免を申請します。								
申 請 日			令和 年 月 日					
申 請 者 (納税義務者)	住 所		阿波市 町					
	氏 名							
	電話番号		() -					
	被保険者証番号		あわ -					
記入者		氏名：		続柄：		電話番号：		
減 免 申 請 年 度			令和4年度					
減免申請年度の保険税額 A			円					
氏 名		続柄	生年月日	年齢	国保加入 の有無	現在の職業等	収入の有無	
							令和3年	令和4年
世 帯 の 状 況	1	世帯主	. .		有 無		有 無	有 無
	2		. .		有 無		有 無	有 無
	3		. .		有 無		有 無	有 無
	4		. .		有 無		有 無	有 無
	5		. .		有 無		有 無	有 無
	6		. .		有 無		有 無	有 無
申 請 理 由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため							
	私の属する世帯に関し、税務課が行う次のことに同意します。 <input type="checkbox"/> 保健所への新型コロナウイルス感染症に関する情報照会 <input type="checkbox"/> 介護保険課及び国保医療課との情報共有 <input type="checkbox"/> 収入・所得等に変更があったときの減免額の再判定 <input type="checkbox"/> 給与収入者の場合、給与支払者への資料提供・情報照会							

確認：免許証 パスポート マイナンバーカード 通知カード 在留カード 住民票 年金手帳 年金証書 身・精・療手帳 保険証