

国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

有 田 町 長 様

世 帯 主 住 所 有田町

(納税義務者) 氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

※世帯主が手続きできない場合は、代理人について記入してください。

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

世帯主との関係 _____

有田町新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る国民健康保険税の減免に関する取扱要綱第4条の規定により、下記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

主たる生計維持者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	氏名		世帯主との関係

減 免 申 請 年 度	<input type="checkbox"/> 令和 年度（ 期 ～ 期）		
	<input type="checkbox"/> 令和 年度（ 期 ～ 期）		

減 免 申 請 理 由 (該当する理由に☑)	<input type="checkbox"/> 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ため。 <input type="checkbox"/> 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、山林収入又は給与収入の減少が見込まれるため。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため。
---------------------------	---