

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

七戸町長 様

申請者 住 所 _____
(世帯主) 氏 名 _____
電 話 番 号 _____
被保険者番号 _____

新型コロナウイルス感染症の影響により収入の減少が見込まれるため、七戸町国民健康保険税条例第26条第2項に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

<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
<input type="checkbox"/>	その他()

減免申請年度	年度	年税額	円	通知書番号
--------	----	-----	---	-------

普通徴収							
期 別	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	随期
納期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
税 額							

特別徴収						
月 別	4月	6月	8月	10月	12月	2月
引落日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
税 額						

世帯の状況	氏 名	続 柄	生年月日	年 齢	国保加入の有無	職業又は学校名	収入の有無	
							前年	該当年
1		世帯主	年 月 日		有 無		有 無	有 無
2			年 月 日		有 無		有 無	有 無
3			年 月 日		有 無		有 無	有 無
4			年 月 日		有 無		有 無	有 無
5			年 月 日		有 無		有 無	有 無
6			年 月 日		有 無		有 無	有 無

私の属する世帯に関し、次のことに同意します。

<input type="checkbox"/>	前年の所得状況の情報照会
<input type="checkbox"/>	当該年の収入の状況が確認できる書類の添付(給与明細の写し、帳簿の写しなど)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症により、死亡又は重篤を負ったことわかる診断書の添付
<input type="checkbox"/>	収入状況が改善し減免要件を満たす減収がない場合、速やかに申告します

※注意点

減免は、令和4年の収入等が前年より3割以上減少する見込みであることを予測して決定します。

町では、実際に収入等が減少したかどうかは翌年の申告を終えて確認することができます。

減免の全部又は一部が取り消しになった場合、翌年度に当該年度分の税額を1回の納期で請求することがあります。