

被保険者番号: _____

宛 名 番 号: _____

申請番号 第 _____ 号

国民健康保険税減免申請書			
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
潟 上 市 長 様			
申請者 (納税義務者)		住 所 _____	
		氏 名 (世帯主) _____	
		電話番号 _____	
(連絡先が異なる場合記入)		氏 名 _____ (関係: _____)	
		電話番号 _____	
国民健康保険税条例第28条第2項に基づき証明書類を添えて下記のとおり申請します。			
減免を受けようとする事由を具体的に記入してください。			

該当する番号に○を付けてください。			
1. 第28条第1項第1号（貧困により生活のため公私の扶助を受ける者又はこれに準ずる者）			
2. 第28条第1項第2号（当該年において失業、疾病、負傷その他これらに類する事由により所得が皆無となったため生活が著しく困難となった者又はこれに準ずる者）			
3. 第28条第1項第4号（上記 1 及び 2 に掲げる者以外の者で特別の事情がある者）			
減免を受けようとする 税額等	年 度		納 期 (納期限前分)
	年度		普通徴収 第 _____ 期以降分 特別徴収 第 _____ 期以降分
	随 時	年度分	随期
		年度分	随期
		年度分	随期
		税 額 (納期限前分)	円
			円
			円
			円
			円
※提出期限		受 付 者	受 付 印
普通徴収：納期限まで			
特別徴収：特別徴収対象年金給付の直近の支払日まで			

通知書・納付書回収（有・無）、振替（有・無）

非自軽（有・無）、☐延長、☐入力

◎裏面も記入してください。

(裏)

- ・減免申請に関する審査の参考とさせていただきますので、該当する項目に「○」印等を記入してください。

区 分	前 年 度	本 年 度
国民健康保険税の減免を受けた		
固定資産税の減免を受けている		
市民税・県民税の減免を受けている		
保育料の減免を受けている		
就学援助を受けている		
国民年金保険料が免除されている(法定免除を除く。)		
障害基礎年金を受給している		
福祉医療費を受給している(高齢者身体障害者及び重度心身障害者に係るものに限る。)		
重度身体障害者(手帳 級)がいる		
長期療養者がいる(入院、入所、在宅介護)		
ひとり親家庭である児童(18歳未満)が(人)いる		
児童扶養手当を受給している ※受給中の場合は様式第2号3に金額を記入		
(その他)		