

(第24条関係)

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者（納税義務者）

住 所 枝幸町 _____

氏 名 _____ ㊞

(電話番号)

下記のとおり国民健康保険税の減免を受けたいので、枝幸町国民健康保険税条例第24条第2項の規定により申請します。

1. 減免の対象者

氏 名	性 別	生 年 月 日
		年 月 日生
		年 月 日生

2. 納期限及び税額

年度	期別	納 付 期 限	税 額	年度	期別	納 付 期 限	税 額
		年 月 日	円			年 月 日	円
		年 月 日	円			年 月 日	円
		年 月 日	円			年 月 日	円
		年 月 日	円			年 月 日	円
		年 月 日	円			年 月 日	円
合 計							円

3. 減免を受けようとする事由（該当する事由に○印をつけてください。）

- (1) 災害等により生活が著しく困難となった者又はこれに準ずると認められる者
 - ① 災害により死亡した場合
 - ② 災害により障害者（地方税法に規定する障害者）となった場合
 - ③ 住宅又は家財に損害を受けた場合（保険等で補てんされるべき金額を除く。）

- (2) 困窮により生活のため公私の扶助を受ける者
 - ① 生活保護法の規定により扶助を受けている者

- (3) その他特別の事情がある者
 - ① 死亡、疾病、失業等によりその年の所得見込額が皆無となり、又は著しく減少する場合
 - ② その他特別の事情がある場合

(詳細)

※減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。