

国民健康保険税減免申請書
(新型コロナウイルス感染症の影響により、収入が減少した世帯)

令和 4 年 6 月 〇 日

井手町長 様

申請者（納税義務者）
住 所 京都府綴喜郡井手町大字井手小字南玉水67
氏 名 井 手 太 郎
電話番号 (0774) 82 - 6166

井手町国民健康保険税条例第26条第2項の規定により
とおりに申請します。

住所・世帯主氏名・電話番号を記入し、
必ず押印してください。

被保険者証記号・番号		井 ×× - ×××	減免年度	令和 4 年度
減 免 申 請 期 間	期別	税 額	納 期 限	備 考
	1	25,000 円	令和 4 年 6 月 3 0 日	
	2	21,000 円	令和 4 年 8 月 1 日	
	3	21,000 円	令和 4 年 8 月 3 1 日	
	4	21,000 円	令和 4 年 9 月 3 0 日	
	5	21,000 円	令和 4 年 1 0 月 3 1 日	
	6	21,000 円	令和 4 年 1 1 月 3 0 日	
	7	21,000 円	令和 4 年 1 2 月 2 6 日	
	8	21,000 円	令和 5 年 1 月 3 1 日	
	9	21,000 円	令和 5 年 2 月 2 8 日	
	10	21,000 円	令和 5 年 3 月 3 1 日	
計	A 214,000 円			
減 免 申 請 理 由	<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又は重篤な傷病を負ったため。 <input checked="" 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収入の減少が見込まれるため。 【詳細】 感染症拡大防止のため営業時間短縮などにより、営業収入及び不動産収入において収入の減少が見込まれるため 私の属する世帯に関し、次のことに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所への新型コロナウイルス感染症に関する			

該当するものにチェックをしてください。
1行目に該当する場合は、医師の診断書等を添付してください。
2行目に該当する場合は、収入減少が新型コロナウイルス感染症の影響であることがわかる理由を簡潔に3行目以降に記入してください。

※1. この申請書には、減免を必要とする理由を証明
2. 減免申請理由が消滅した場合は、直ちにその旨を