

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

印南町長 様

下記のとおり、印南町国民健康保険税条例第26条の規定により、国民健康保険税の減免を申請します。

住 所			
世帯主の氏名			連絡先 ()
減免を受けようとする保険税の納期限（期別）及び税額			
年 度	課 税 額		減免を受けようとする税額合計
内 訳	期 別	税 額	減 免 額
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
減免を受けようとする理由			
印南町国民健康保険税条例第26条第1項に該当 (天災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)			
詳 細	印南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に対する国民健康保険税の減免に関する取扱要領第2条（以下のどちらかにチェックをつけてください。）		
<input type="checkbox"/>	第1号（納税義務者が死亡又は重篤な傷病を負った世帯）に該当		
<input type="checkbox"/>	第2号（納税義務者の事業収入等の減少が見込まれる世帯）に該当		

※減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。

※第2号による申請の場合は別添「収入・所得集計表」を添付すること。