様式第1号(第3条関係)

年　　月　　日

国民健康保険税の減免申請書

　西原町長　　　　殿

　次のとおり、　　　　　年度分国民健康保険税の減免を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | |  | | | 国保番号 | | |  | | |
| フリガナ  納税義務者 | |  | | | フリガナ  申請代理人 | | |  | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生(　)歳 | | | | | 職業  職場 | | |  |
| 電話番号 | | 自宅　　　　　　　　　　　　職場　　　　　　　　　　　携帯 | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 年齢 | | | 備考 | |
|  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 適用条項 | ・　第2条第1項第1号　　世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を  負った世帯  ・　第2条第1項第2号　　世帯の主たる生計維持者の収入減少が見込まれる世帯 |

※所得の状況

　　別紙のとおり