

様式第1号(第5条関係)

整理番号	会計年度	課税年度

豊見城市長 殿

国民健康保険税減免申請書

豊見城市国民健康保険税条例第23条第2項の規定により次のとおり減免申請をします。

年 月 日

申請者(世帯主)	
住所	〒
氏名	
生年月日	年 月 日
職業	
電話番号	
代理申請者	
住所	〒
氏名	
生年月日	年 月 日
申請者との関係	
職業	
電話番号	
申請理由 (理由発生日)	

- ※ 太枠の部分を記入してください。
- ※ 年 月 日 () までに申請してください。
- ※ 特別な理由なく申請期限を過ぎて申請した場合は、申請が却下となる場合がありますので、御注意ください。

当該減免申請について判定結果を決定通知してよいか。

決 裁	部 長	課 長	参 事	班 長	担 当
決 済 日			年 月 日		

記 号 番 号	
---------	--

適用条件事由	添付書類関係
1 災害等	1 り災証明書
2 旧被扶養者世帯	2 旧被扶養者異動連絡票等
3 母子(父子)世帯	3 給与支払証明書
4 重度障害者	4 所得内訳書
5 高齢者世帯	5 源泉徴収票
6 所得減少	6 雇用保険受給資格証
(1) 失業	7 借入金明細書
(2) 疾病	8 領収書
(3) 負傷等	9 診断書
7 国民健康保険法第59条	10 在所(収容)証明書
8 生活保護世帯	11 申告書の写し
9 居住用財産の譲渡	12 その他
10 その他市長が認める者	

保 險 税 現 額	円	
減 免 後 の 保 險 税 額	円	
減 免 基 礎	減免対象所得割額	円
	減 免 額	円
	減 免 率	%
	所得減少率	%

(判定会議 → 要 ・ 不要)

判 定 結 果	日 時	年 月 日
	判定結果	1. 承認 2. 不承認 3. 保留
	不承認 又 は 保 留 の 理 由	

申請受理者氏名
部 課

