

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

五所川原市長

五所川原市国民健康保険税条例（平成17年五所川原市条例第59号）第27条第2項の規定により、下記のとおり減免を申請します。

記

1. 申請者（納税通知書の宛名人）

個人番号																				
住 所	五所川原市 (電話： — —)																			
氏 名	Ⓜ																			
年 度											税 額									
期 別	<input type="checkbox"/> 全期 <input type="checkbox"/> 期 ~ 期																			

2. 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し、又は重篤な傷病を負ったため ※医師の診断書等を添付してください。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため ※下記の書類を添付してください。 ・令和元年分の収入状況が確認できる書類（確定申告書、収支内訳書の写し等） ・令和2年中の減収した月の収入状況が確認できる書類（帳簿、給与明細書の写し等） ・事業等の廃止又は失業の場合は、廃業届、雇用保険受給資格者証等

■税務課記入欄：固定資産税減免の有無

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	減免前年税額：	円	減免後年税額：	円	更正月：	月
-----------------------------	-----------------------------	---------	---	---------	---	------	---

課長	課長補佐	係長	係

3. 主たる生計維持者及び世帯の被保険者全員の収入・所得の状況

- この申請に係る審査のために必要があるときは、五所川原市が世帯主及び世帯の被保険者の所得状況等について調査を行うことに同意します。
- 下記の収入状況等について、申告内容と相違があった場合は、減免決定額の全部または一部を取り消され、その差額を徴収されても異議はありません。
- 国民健康保険税額が変更となった場合、国民健康保険税減免申請書の提出があったものとみなして、五所川原市が減免額を変更することに同意します。

	氏名	続柄		令和元年中 事業収入等の額	令和2年中 事業収入等の見込額
1		主たる 生計維持者	収入	円	円
			所得	B 円	円
2			収入	円	
			所得	円	
3			収入	円	
			所得	円	
4			収入	円	
			所得	円	
5			収入	円	
			所得	円	
6			収入	円	
			所得	円	
合計所得額			※ C	円	
				対象保険税額 (A×B/C)	※ D 円
				保険税減免額 (D×d)	※ 円

■保険税減免割合 (d)

Bの金額	300万円以下	400万円以下	550万円以下	750万円以下	1,000万円以下
dの割合	10/10 (全額)	8/10	6/10	4/10	2/10

※収入の減少が見込まれることを確認できる書類を添付できない場合は、事業主による証明が必要です。

減少前の給与等の額 (月額相当額)	円	減少後の給与等の額 (月額相当額)	円	給与等が 減少した時期	月から
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地					
事業主氏名 又は 事業所名称					
(印)					
担当者氏名			電話： - -		