



受付印

新型コロナウイルス感染症の影響による
国民健康保険税減免承認申請書

令和 年 月 日

豊岡市長様

納税義務者 住 所
(世帯主)

氏 名

生年月日 T・S・H 年 月 日

※携帯電話など日中連絡の取れる番号をご記入ください。

電話番号

豊岡市国民健康保険税条例附則第16項の規定により、国民健康保険税について減免の適用を受けたいので、次のとおり申請します。

豊岡市が、申立内容の事実確認のため、官公署又は勤務先等への照会を行うことについて同意します。

この申立に誤りや虚偽がある場合は、減免額の変更又は減免の決定の取消となることに異議はありません。

減免申請事由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負ったため。			
	<input 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が前年に比べて10分の3以上減少する見込みのため。			
申請事由	(詳細をお書きください)			
世帯主 (世帯の状況 被保険者)	氏 名	続 柄	生 年 月 日	※主たる 生計維持者
	1	世帯主	年 月 日	<input type="checkbox"/>
	2		年 月 日	<input type="checkbox"/>
	3		年 月 日	<input type="checkbox"/>
	4		年 月 日	<input type="checkbox"/>
	5		年 月 日	<input type="checkbox"/>
	6		年 月 日	<input type="checkbox"/>

※主たる生計維持者は、原則世帯主の方となります。ただし、世帯主の方より前年の総所得金額及び山林所得金額の合計額の多い国民健康保険の被保険者がいる場合は、その方を主たる生計維持者とすることができます。

課 長	課長補佐	係 長	係	チェック	収税担当	判 定		通知日	No.
							承 認		
							不 承 認		