

大町町国民健康保険税減免申請書（新型コロナウイルス感染症用）

令和 年 月 日

大町町長様

申請者住所 大町町大字

(納税義務者) 氏名 ⑩  
記号番号 大  
電話番号

令和4年度国民健康保険税について、下記の理由により減免の申請をします。  
また、地方税に関する調査及び関係部署等と情報共有することに同意します。

記

1 減免申請の理由

- 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
- 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の減少が見込まれるため

【詳細】

---

---

---

2 世帯の状況(世帯主・擬制世帯主・国民健康保険被保険者)

氏名	生年月日	続柄	職業・収入の有無				調査等への同意印
			前年	有・無	当該年	有・無	
		世帯主					—
			前年	有・無	当該年	有・無	
			前年	有・無	当該年	有・無	
			前年	有・無	当該年	有・無	
			前年	有・無	当該年	有・無	
			前年	有・無	当該年	有・無	

上記の減免理由が消滅した場合、世帯内に異動(所得の変動や加入者の脱退・追加等)が生じた場合、当該年度の所得確定後において申請所得額(見込額)との差額により減少率に変更が生じた場合並びにこの申請が不正な手段により行われたものであるとの決定がなされた場合は、すでに決定された減免の全部又は一部を取消され、その差額を徴収されても異議申し立てはいたしません。

納税義務者

印