

国民健康保険税軽減申請書

令和 年 月 日

大町町長 様

住 所 :

申請者
(世帯主) : ㊟

個人番号 :

電 話 :

大町町国民健康保険税条例第23条の規程により下記の軽減を受けたいので申請します。

該 当 者	記号番号	大																		
	氏名																			
	生年月日	年	月	日	性別	男・女														
	個人番号																			

賦課年度		年度	納期限	年	月	日
税額		円	減額賦課方法	給与所得を30/100として算定		
軽減を受けようとする理由	非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減を受けるため。					

軽減期間 年 月 日 ~ 年 月 日

	所得割	均等割	平等割	年税額
軽減前				
軽減後				
軽減額				

決 裁	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	受付