様式第１号（第５条関係）

国民健康保険税減免申請書

　　年　　月　　日

奥尻町長　　　　　　　　　宛

申請者（納税義務者）　住　所：奥尻町字

氏　名：　　　　　　　　　　　　㊞

電　話：

世帯主：

国保記号番号：奥・

奥尻町国民健康保険税条例第２４条の３及び奥尻町国民健康保険税減免取扱要綱第５条の規定により、国民健康保険税の減免を受けたいので、下記のとおり申請します。

　なお、申請にあたっては、当該減免について所得等の制限がある場合は、奥尻町長が私（申請者）の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる生計維持者（主に世帯の生計を維持している人） | □申請者に同じ |
| 住所： |
| 氏名： | 申請者との続柄 |  |
| 被保険者名（国保に加入している世帯員） | □申請者に同じ |  |
|  |  |
|  |  |

１　減免を受けようとする理由（発生日時、申請理由、前年所得額、当該年所得見込額など）

２　添付書類

□被害状況、財産状況等が証明できる書類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 奥尻町処理欄 | 受付印 | 受　付 | 処　理 | 確　認 |
|  |  |  |