

国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

佐久穂町長 佐々木 勝 様

申請者（主たる生計維持者）

住所	佐久穂町大字		
氏名	Ⓜ		
自宅電話		被保険者	
携帯電話		番号	

佐久穂町国民健康保険税条例第25条の規定に基づき、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確認が必要な場合は、町が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。

記

1 減免を受けようとする理由

※あてはまるものに☑

<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、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事業収入・不動産収入・山林収入・給与収入の減少が見込まれるため。

2 減免を受けようとする国民健康保険税

年 度	対 象 納 入 期

3 還付を受ける場合の振込先本人口座

金融機関	銀行・金庫 組合・農協	支店名	支店 支所
種別	普通 ・ 当座	口座名義人	
口座番号		(カタカナで記入)	

別紙 令和2年分収入見込計算書にも記入をお願いします。