

様式第1号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響に対する城里町国民健康保険税減免申請書

年 月 日

城 里 町 長 様

申請者（世帯主）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり国民健康保険税の減免を受けたいので、新型コロナウイルス感染症の影響に対する城里町国民健康保険税の減免に関する取扱要綱第6条の規定に基づき申請します。

減免を受けようとする理由 (該当する理由に○をつけてください)		① 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った世帯
		② 次のいずれにも該当する世帯 a 事業収入等のいずれかの減少額が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上であること。 b 前年の合計所得金額が1,000万円以下であること。 c 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額400万円以下であること。
保険税の還付が発生した場合の振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店 協同組合・労働金庫 支店・出張所
	口座種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	
備 考		