

国民健康保険税減免申請書					
男 鹿 市 長 様		令和 年 月 日			
申請者 (納税義務者)	住 所 _____				
	氏 名 (世帯主)		印		
	生年月日	年 月 日			
	電話番号 _____				
(連絡先が異なる場合記入)	氏 名	(関係: _____)			
	電話番号 _____				
<p>国民健康保険税条例附則第19項に基づき証明書類を添えて下記のとおり申請します。なお、減免の申請に伴い必要があるときは、私及び私の家族全員の収入等の状況調査に同意します。</p>					
1. 世帯の主たる生計維持者: _____ (続柄 _____)					
2. 減免を受けようとする理由					
<input type="checkbox"/> (1) 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"/> (2) 主たる生計維持者の収入が減少したため <input type="checkbox"/> (3) 主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため					
減免を受けようとする税額等	年 度	納 期		税 額	
	年度	普通徴収 特別徴収	第 第 期 期	円	
	年度	普通徴収 特別徴収	第 第 期 期	円	
	随時	年度分	随期		円
		年度分	随期		円
		年度分	随期		円
		受 付 者	受 付 印		

通知書・納付書回収（有・無）、振替（有・無）  
 非自軽（有・無）、延長、入力