

| | | | | | | |
|------|--|------|--|----|-----|-----|
| 賦課年度 | | 対象年度 | | 納付 | 自徴口 | 主収座 |
|------|--|------|--|----|-----|-----|

| 離職者減免 | |
|-------|-----|
| 該当 | 非該当 |

| | | | | | | | |
|-------------------|----|-----|----|---------|-----|-------|-----|
| 本件 承認・不承認 してよろしいか | | | | | | 受付年月日 | |
| 決 裁 | 市長 | 副市長 | 部長 | 課長 | 担当長 | | 担当者 |
| | | | | | | | |
| 年 月 日 決定 | | | | 被保険者証番号 | | | |

国民健康保険料減免申請書

羽曳野市長 様

下記のとおり国民健康保険料について減免申請します。
 なお、虚偽の申請の申告をした場合は減免が取消となること、及び減免理由が消滅した場合は申出をすることを承諾します。

年 月 日

住 所

電話番号

— —

世帯主氏名

個人番号

生年月日

年 月 日

届出人氏名

申 請 理 由

1. 申請理由が失業、廃業、収入減少の場合、該当するものに☑を記入してください。
 新型コロナウイルス感染症にともなうもの(感染拡大防止のための自粛等による業績悪化など)
 上記以外のもの
 2. 廃業・失業の場合は該当するものに☑を記入してください。
 廃業(※廃業したことが確認出来る書類を添付してください。)
 失業

世 帯 状 況

| | 氏 名 | 続 柄 | 性 別 | 年 齢 | 備 考 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

太線枠内をご記入ください。