

令和 年度 国民健康保険税減免申請書

気仙沼市長 あて

令和 年 月 日

受付No. _____

下記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

保険証番号	申請者	住 所	気仙沼市																		
		氏 名	(世帯主名：)																		
問い合わせ番号		連絡先	()																		
主		生年月日																			
本人		個人番号																			
申請理由 (詳しく書いてください。)																					
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症による、主たる生計維持者の死亡または重篤な傷病																					
該当するものに☑⇒ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重篤な傷病																					
添付書類 (いずれかに○)： 死亡診断書 ・ 医師の診断書 ・ その他 ()																					
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響による、主たる生計維持者の事業収入等の減少																					
30%以上減少すると見込まれる収入に☑⇒ <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 給与																					
添付書類：減免申請書別紙, 前年の収入がわかるもの, 今年の収入見込を立てられるもの																					
※該当する場合のみ☑⇒ <input type="checkbox"/> 事業等の廃止 <input type="checkbox"/> 失業																					
添付書類 (いずれかに○)： 廃業届・離職票・雇用保険受給資格者証・事業主による証明・その他 ()																					
<input type="checkbox"/> その他 ()																					

以下処理欄 (記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 窓口 (本庁・唐桑・本吉・階上・大島)			受付印
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他			
受付	入力	確認	