（収監）

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：　　） 連絡先　　（　　）
問合せ番号			
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。）

平成・令和　＿＿年＿＿月＿＿日から　平成・令和　＿＿年＿＿月＿＿日までの間，

＿＿＿＿＿＿＿＿に収容されていたことから，この期間の国民健康保険税について，

減免願いたい。

	家　族　名	続　柄	年　齢	職　業	収入月額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

年度	期別	税額	納期限	自宅付近の見取図
合　計				