

国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

大分市長 殿

納税義務者 (世帯主)	住所			
	氏名		電話番号	
代理人	住所			
	氏名		電話番号	

令和3年度の国民健康保険税の減免を受けたく、次のとおり申請します。

保険証番号	年税額		円		
普通徴収額			特別徴収額		
第1期	円	第7期	円	4月	円
第2期	円	第8期	円	6月	円
第3期	円	第9期	円	8月	円
第4期	円	第10期	円	10月	円
第5期	円	随時期	円	12月	円
第6期	円	過年期	円	2月	円

減免を申請する理由

当てはまる場合、をしてください。

新型コロナウイルス感染症の影響により、減免を申請します。

- 感染症に感染し、死亡または重症 感染症の影響で収入が減少 感染症の影響で廃業または失業
その他()

以下の事項に同意する場合は、をしてください。

- 感染症の影響による減免が不承認の場合は、大分市国民健康保険税施行規則第2条第1項に規定する、所得減少による減免申請を希望します。
介護保険料や後期高齢者医療保険料の減免申請のため、長寿福祉課及び大分県後期高齢者医療広域連合と情報共有することに同意します。

備考：この減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。

記入例

国民健康保険税減免申請書

令和 3年 6月 〇〇日

大分市長 殿

申請内容について問い合わせをすることがあります。日中連絡がつく電話番号を記入してください。

納税義務者 (世帯主)	住所	大分市荷揚町〇番〇〇号		
	氏名	大分 太郎	電話番号	090-〇〇〇〇-××××
代理人	住所	同上		
			電話番号	090-△△△△-□□□□

「大分市国民健康保険税決定通知書」に記載している「保険証番号」を記入してください。

この通知書の国民健康保険税の減免を受けたく、次のとおり申請します。

保険証番号	01234567		年税額	250,000円	
普通徴収額				特別徴収額	
第1期	25,000	円	第7期	25,000	円
第2期	25,000	円	第8期	25,000	円
第3期	25,000	円	第9期	25,000	円
第4期	25,000	円	第10期	25,000	円
第5期	25,000	円	随時期		円
第6期	25,000	円	過年期		円

減免を申請する理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、来客数が減少し売り上げが激減したため。
 新型コロナウイルス感染症の影響により、事業所が閉鎖したため。

当てはまる理由に✓をしてください。
 申請理由により、添付資料が異なります。
 別紙「必要書類について」をご確認ください。

当てはまる場合、✓をしてください。

新型コロナウイルス感染症の影響により、減免を申

感染症に感染し、死亡または重症 感染症の影響で収入が減少したため

その他()

以下の事項に同意する場合は、✓をしてください。

感染症の影響による減免が不承認の場合は、大分市国民健康保険税施行規則第2条第1項に規定する、所得減少による減免申請を希望します。

介護保険料や後期高齢者医療保険料の減免申請のため、長寿福祉課及び大分県後期高齢者医療広域連合と情報共有することに同意します。

備考：この減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。