

新型コロナウイルス感染症の影響による  
国民健康保険税の減免申請書

日高川町長 様

令和 年 月 日

住 所			
氏 名			印
世帯主との 関係		国民健康 保険証番号	
電話番号			

新型コロナウイルス感染症の影響により、日高川町国民健康保険税条例第22条の2の規定による、国民健康保険税の減免を申請します。

なお、下記理由に該当しなくなった場合や、申請内容が事実と異なる場合は、速やかに届出るとともに、減免決定の全部または一部を取り消されても異議ありません。

主たる 生計維持者 (世帯主)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記載不要) <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 氏名 住所					
減免対象とする 国民健康保険税	令和	年度 第	期 から 令和	年度 第	期 まで	
保険税額	令和	年度	円	令和	年度	円
申請理由等	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者(世帯主)について、 <input type="checkbox"/> 死亡または重篤な傷病を負ったため 添付書類：死亡診断書の写し・医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 事業等を廃止・失業したため 添付書類：廃止(事業廃止届出書等)・失業(離職票、雇用保険受給資格者証等)した ことが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 事業収入等の減少が見込まれるため 添付書類：令和元年分の収入がわかる書類(確定申告書等)及び令和2年1月分から 申請日の直近までの収入(減収)がわかる書類 (帳簿、資金繰り表、給与明細書の写し等)					

## \*町記入

要 件	主たる生計維持者(世帯主)の減収見込みの事業収入等、収入の種類ごとに見た収入のいずれかが、前年に比べて10分の3以上減少する見込み	<input type="checkbox"/> 該当する
	主たる生計維持者(世帯主)の前年中の所得の合計額	<input type="checkbox"/> 1000万円以下
	主たる生計維持者(世帯主)の減収見込みの事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額	<input type="checkbox"/> 400万円以下
減免割合	<input type="checkbox"/> 2割(1000万円以下) <input type="checkbox"/> 4割(750万円以下) <input type="checkbox"/> 6割(550万円以下) <input type="checkbox"/> 8割(400万円以下) <input type="checkbox"/> 全部(300万円以下)	