

碧南市国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

碧南市長 殿

世帯主 住所 碧南市 町 丁目 番地

氏名

電話

(代理人) 氏名 続柄

電話

国民健康保険税の減免を下記のとおり申請します。
記

納税義務者	国保番号			
	世帯番号			
	宛名番号			
賦課年度 (課税年度)	年度 (年度)	減免の理由が 生じた日	令和	年 月 日
減免事由 (2以上の事由に 該当する場合 は、 当該各号のうち 減免額が多い号 の規定を適用と なります。)	1. 市民税・固定資産税減免 2. 災害等 3. 所得減少・傷病 ※ 4. 所得減少・失業等 ※ 5. 生活保護 6. 法第59条該当 (拘禁証明等を添付してください) 該当被保険者氏名 () 7. 基準所得以下 8. 障害者医療 9. 精神障害者医療 10. 母子家庭等医療 11. 旧被扶養者 12. その他 ()			

※ 上記の太枠の中のみ記載してください。

備考			
事務処理欄		受付	入力

※第3号、第4号の場合は、別紙「第3号、第4号申請添付書類」を作成して下さい。