

新型コロナウイルス感染症に係る
国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

名取市長 様

世帯主住所

世帯主氏名

世帯主生年月日 (大・昭・平) 年 月 日

世帯主の個人番号

電話番号 - -

名取市新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る国民健康保険税の減免に関する条例第4条の規定により、国民健康保険税の減免を申請します。

申請区分 新規 変更 取消

減免対象保険料額 令和4年度

保険者番号 040071 被保険者番号 み名A

世帯主 氏名 生年月日 (大・昭・平) 年 月 日

住所 〒 - (電話番号 - -)

生計維持者 氏名 世帯主との関係 生年月日 (大・昭・平) 年 月 日

住所 〒 - (電話番号 - -)

申請理由 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病
 主たる生計維持者の収入減少 (事業の廃止 ・ 失業 ・ 収入減少)
申請理由が収入減少の場合、詳細を簡潔に記入してください↓

備考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください)

市区町村受付印

市町村確認欄

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

令和3年中の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 ① 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ① 円	減少となるもの2 円
			減少となる収入合計 円	減少となる所得合計 ② 円
		減少となる収入以外の収入	減少となる収入以外の収入 ③ 円	減少となる所得以外の所得 ④ 円
			収入合計(①+③) ⑤ 円	所得合計(②+④) ⑥ 円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
合 計			⑦ 円	⑧ 円

※減少となる収入にかかる令和3年の所得の合計額②が0円以下の場合、減免の対象になりません。

令和4年中の収入額(主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 ⑨ 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ⑨ 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	円	円
			収入合計 円	所得合計 ⑩ 円

名取市長 様
 上記の申立てが正しいことを証明します。
 令和 年 月 日
 世帯主
 住 所 _____
 氏 名 _____

↓ 申請書提出前に減免要件、添付資料の確認を必ず行ってください。 ↓

収入減少による減免要件確認欄

事業収入等のいずれかの減少額(①-⑨)が令和3年の当該事業収入等の額(①)の10分の3以上。
 令和3年の合計所得金額(⑥)が1,000万円以下。
 減少した事業収入等に係る所得以外の令和3年の所得額(④)が400万円以下。

添付資料確認欄

主たる生計維持者及び同一世帯国保被保険者全員の令和3年中の収入が確認できるもの(確定申告書の控、源泉徴収票等)
 主たる生計維持者の令和4年中の収入が確認できるもの(確定申告書の控、源泉徴収票等)
 離職票、雇用保険受給資格者証等 (失業の場合) 廃業届等 (事業廃止の場合)
 保険金、損害賠償金等の金額がわかるもの (補填される金額がある場合)

受付職員()