

国民健康保険税減免申請書

受付印

年 月 日

燕市長 鈴木 力 様

住 所 燕市

納税者 氏 名

電話番号

燕市国民健康保険税条例第19条第2項の規定により申請します。

年 度		年度	通 知 書 番 号	第 号
期 別	納 期 限	課 税 額	減 免 申 請 額	申 請 理 由
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
月分	・ ・	円	円	
合 計 税 額		円	円	

○家族の状況

氏 名	続柄	性別	生年月日	年齢	心身の状況	職 業 (勤務先)	収入額 (円)
1			・ ・				
2			・ ・				
3			・ ・				
4			・ ・				
5			・ ・				

公の扶助の適用
年 月 日から
① 生活保護法の適用を受けている 有 ・ 無
② 就学援助を受けている 有 ・ 無