

様式第1号（第3条関係）

国民健康保険税減免申請書  
（令和 年度）

年 月 日

伊方町長 様

申請者（世帯主）	
住所	
氏名	(印)
個人番号	
電話番号	

下記により国民健康保険税の減免を受けたいので、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こと等による伊方町国民健康保険税の減免の特例に関する規則第3条の規定に基づき、申請します。

記

減免を受けようとする理由（具体的に記入してください。）
① <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者（国民健康保険の被保険者であって世帯主）が新型コロナウイルス感染症に罹患し、国民健康保険税の納付が困難となったため。
② <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症の影響に伴う事業の廃止又は収入が減少する見込みにより国民健康保険税の納付が困難になったため。
添付書類
① <input type="checkbox"/> 罹患したことのわかる書類（診断書等）
② <input type="checkbox"/> 収入見込計算書（様式第2号）及び減収証明書類等
<input type="checkbox"/> 事業廃止届
<input type="checkbox"/> その他

納税義務者、納期（納期限）及び減免申請額

納税義務者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記載不要）	被保険者証番号			
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記載不要）				
納期	納期限	税額	納期	納期限	税額
第1期		円	第6期		円
第2期		円	第7期		円
第3期		円	第8期		円
第4期		円	第9期		円
第5期		円	第10期		円
			申請額		円

この減免申請書および減免を受けようとする理由を証明する書類は、納期限までに提出してください。