

国民健康保険料減免申請書

郵送申請用

_____年__月__日

和泉市長あて

右枠の下線部の必要事項をご記入
いただき、国保加入者全員の現在の
収入が分かる書類を添付して郵
送してください。

住 所
和泉市_____

個人番号
申請人氏名_____

連絡先氏名_____

(申請人氏名と同じ場合は記入不要)

電話番号(自宅) _____

電話番号(携帯) _____

(注意事項)

- ・減免後に前年所得の更正や加入者の増減があった場合、減免額が変更になることがあります。
- ・偽りの申請その他不正な行為が判明した場合又は資力の回復その他の事情によって保険料の減免が不適当となった場合、保険料の減免を取り消すことがあります。

和泉市国民健康保険条例第26条の規定により次のとおり国民健康保険料の減免を申請します。

-----以下市役所使用欄-----

申請理由

整理番号

所得の減少
(前年中所得_____円→事由発生後見込所得_____円)

期別	過随①	過随②	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期	第10期	合計
当初 決定額													

- ・ _____年度中____月分以降の(賦課保険料・応能割保険料)を____%減免する。(減免額_____円)
- ・ _____年度調定____年度分の(賦課保険料・応能割保険料)を____%減免する。(減免額_____円)

備考

決 裁 欄	課長	課長補佐	係長	賦課	担当者