

国民健康保険税減免申請書				
年度	令和	年度	被保険者記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限		備 考
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	
期	円	令和	年 月 日	

減免を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負う <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれ、次の項目に全て該当する <input type="checkbox"/> 事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかの減少額が、減少した事業の前年の事業収入等の額の10分の3以上である。 ・ 【 事業・不動産・山林・給与 】収入 令和 年 収入額 円 ・ 保険金等での補填 有 ・ 無 令和 年 収入見込額 円 <input type="checkbox"/> 前年の所得の合計額が1,000万円以下である。 <input type="checkbox"/> 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得金額以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。 <input type="checkbox"/> 特例対象被保険者等でない。 ・ 廃業・退職 有 ・ 無 (廃業・退職年月日) 令和 年 月 日 上記項目に該当し、国民健康保険税の支払いが困難であるため。
--------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

江南市長

申請者 住 所
(世帯主) 氏 名
個人番号
電話番号 () -

※減免が決定された場合でも、後日、要件を満たさないことが明らかであると認められた場合、決定した減免を取り消すことがあります。

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認
 本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()

	後 期		介 護	
該当者の有無	有	無	有	無
案内の状況	済	未	済	未
備 考				

記入例

様式第7(第5条関係)

国民健康保険税減免申請書			
年度	令和 3 年度	被保険者記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限	備 考
1 期	〇〇,〇〇〇 円	令和 年 月 日	保険証の記号番号を記入してください。
2 期	〇〇,〇〇〇 円	令和 年 月 日	
3 期	〇〇,〇〇〇 円	令和 年 月 日	
4	新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が		
5	死亡又は重篤な傷病(1か月以上の治療を有すると認められる		
6	など、病状が著しく重い場合)を負った場合は、1つ目に <input checked="" type="checkbox"/> す		
7	れば、他の記入は不要です。		
8			
減免を受けようとする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、世帯の主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負う		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれ、次の項目に全て該当する		
	<input type="checkbox"/> 事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかの減少額が、減少した事業の前年の事業収入等の額の10分の3以上である。		
	・ <u>【 事業・不動産・山林・給与 】</u> 収入 令和 年 収入額 円		
	・ 保険金等での補填 <u>有 ・ 無</u> 令和 年 収入見込額 円		
	<input type="checkbox"/> 前年の所得の合計額が1,000万円以下である。		
	<input type="checkbox"/> 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得金額以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。		
	<input type="checkbox"/> 特例対象被保険者等でない。		
	・ 廃業・退職 <u>有 ・ 無</u> (廃業・退職年月日) 令和 年 月 日		
	上記項目に該当し、国民健康保険税の支払いが困難であるため。		
上記のとおり申請します。			
			令和〇年〇〇月〇〇日
江南市長			
申請者		住 所	愛知県江南市赤童子町大堀90
(世帯主)		氏 名	江南 国保
		個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
		電話番号	(0587) 54-1111

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認

本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()

記入例

保険証の記号番号を記入してください。

様式第7(第5条関係)

国民健康保険税減免申請書

年度	令和 3 年度	被保険者記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限	備 考
1 期	〇〇,〇〇〇 円	(参考例) 世帯の主たる生計維持者 令和2年中収入 事業収入 200万 給与収入 400万 令和3年中収入見込み 事業収入 100万(10分の3以上減少あり) 給与収入 400万(10分の3以上減少なし)	
2 期	〇〇,〇〇〇 円		
3 期	〇〇,〇〇〇 円		
4 期	〇〇,〇〇〇 円		
5 期	〇〇,〇〇〇 円		
6 期	〇〇,〇〇〇 円		
7 期	〇〇,〇〇〇 円		
8 期			
減免を受けようとする理由	収入項目ごとに10分の3以上減少した項目に○をつけてください。 ※参考例の場合、事業収入が10分の3以上減少しているため、「事業」に○をつけます。 令和2年收入額には、令和2年中事業収入額200万円を記入し、令和3年收入額見込額には、「令和3年の収入見込額について」で記入した合計(①+②+③+④)の100万円を記入します。 前年の事業収入額の10分の3以上である。 ・【事業・不動産・山林・給与】収入 令和2年收入額 2,000,000 円 ・保険金等での補填 有・ 無 令和3年收入見込額 1,000,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> 前年の所得の合計額が1,000万円以下である。 <input checked="" type="checkbox"/> 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得金額以外の前年の所得の合計額が400万円以下である。 <input checked="" type="checkbox"/> 特例対象被保険者等でない。 ・廃業・退職 有・ 無 (廃業・退職年月日) 令和 年 月 日 上記項目に該当し、国民健康保険料の支払いが困難であるため。		
	上記の	65歳未満の廃業・退職が「有」の方で、雇用保険受給資格者証の離職理由が11,12,21,22,23,31,32,33,34の方は、「非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減制度」が優先されますので、原則この減免申請は出来ません。	
江	令和〇年〇〇月〇〇日 所 愛知県江南市赤童子町大堀90 名 江南 国保 個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 電話番号 (0587) 54-1111		

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認

本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()