

国民健康保険税減免申請書			
年 度	令和4年度	被保険者 記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限	備 考
第1期	円	令和 年 月 日	
第2期	円	令和 年 月 日	
第3期	円	令和 年 月 日	
第4期	円	令和 年 月 日	
第5期	円	令和 年 月 日	
第6期	円	令和 年 月 日	
第7期	円	令和 年 月 日	
第8期	円	令和 年 月 日	
減 免 を 受 け よ う と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和3年中の所得金額が、270万円以下である。		
	ア	身体障害者手帳 種 級に該当。	(交付年月日 年 月 日)
	イ	知的障害者で知能指数が50以下。	(該当年月日 年 月 日)
	ウ	自閉症状群と診断された者。	(該当年月日 年 月 日)
	エ	戦傷病者手帳の交付を受けている者。	(交付年月日 年 月 日)
	オ	母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の者。	
	《上記理由の該当者》		
( 氏 名 ) _____			
( 生年月日 ) _____			
( 個人番号 ) _____			
上記のとおり申請します。			
江南市長		令和 年 月 日	
		住所	
世帯主		氏名	
		電話	
		個人番号	

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 ( )

国民健康保険税減免申請書				
年 度	令和4年度	被保険者 記号・番号	1 2 3 4 5 6	
期 別	税 額	納 期 限	備 考	
第1期	円	令和 年 月 日		
第2期	円	令和 年 月 日		
第3期	円	令和 年 月 日		
第4期	円	令和 年 月 日		
第5期	円	令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
第8期	円	令和 年 月 日		
減免を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和3年中の所得金額が、270万円以下である。			
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>ア</b> 身体障害者手帳 種 級に該当。 (交付年月日 年 月 日)			
	イ 知的障害者で知能指数が50以下。 (該当年月日 年 月 日)			
	ウ 自閉症状群と診断された者。 (該当年月日 年 月 日)			
	エ 戦傷病患者手帳の交付を受けている者。 (交付年月日 年 月 日)			
	オ 母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の者。			
《上記理由の該当者》				
( 氏 名 ) 江南 太郎				
( 生年月日 ) S 6 2 . 5 . 2 3				
( 個人番号 ) 1234 5678 9123				
上記のとおり申請します。				
			令和 年 月 日	
江南市長				
世帯主の住所・氏名・電話・個人番号をご記入してください。		住所 江南市赤童子町大堀90番地		
		氏名 江南 一郎		
		電話 (0587) 54-1111		
		個人番号 9876 5432 1987		

保険証の記号番号を記入してください。

いずれかの減免事由に○をつけてください。

該当者の氏名・生年月日・個人番号をご記入ください。

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 ( )