

国民健康保険税減免申請書

年 月 日

(あて先) 成 田 市 長

申請人 住 所 _____
(世帯主)

氏 名 _____

電話番号 _____

成田市国民健康保険税条例第22条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

納税義務者住所		氏 名	
年 度 国 民 健 康 保 険 税		通知書番号	
期別または特別徴収月	税 額	減 免 額	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
期 (月)	円	円	
合 計	円	円	

減免を受けようとする事由 (あてはまるものにチェックしてください)

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。

世帯の主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため

世帯の主たる生計維持者の収入が減少したため

世帯の主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため

【退職日または廃業日】 令和 年 月 日

【会社名】

【電話番号】

【所在地】