

## 国民健康保険税減免申請書

年 月 日

南 幌 町 長 様

申請者 住所 南幌町 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記事由により、国民健康保険税の減免を受けたいので、南幌町国民健康保険税条例第29条の規定により申請します。

記

記号番号	南幌	住所	南幌町南 線西 番地		
			南幌町	丁目	番 号
納税義務者氏名			生年 月日	昭・平	年 月 日
個人番号					
該当する理由	<input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 著しい所得減少 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度への移行による <input type="checkbox"/> その他 ( )				
減免を受けようとする保険税額	年度 期～ 年度 期		円		
減免を受けようとする理由					
家族の状況	氏 名	続柄	年齢	国保加入	職 業
				有 無	
				有 無	
				有 無	
				有 無	
				有 無	

添付書類：