国民健康保険税減免申請書

年　　月　　日

豊橋市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  | ㊞ |
| 電話 |  | |

　　　　　　　年度分国民健康保険税の減免を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納税義務者 | | | |  | | | | | 被保険者証記号番号 | | | |  | | | 通知書番号 | | | |  | | | | | |
| 申請理由 | | | | （　　）地方税法第２９２条第１項第 ９号に規定する障害者に該当  （　　）地方税法第２９２条第１項第１１号に規定する　寡婦に該当  （　　）地方税法第２９２条第１項第１２号に規定する　寡夫に該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※　取扱者印 | |
|  | |
| ※　算　定　額 | 区分 | | 所得割 | | | 資産割 | 均等割 | | | 平等割 | 合計額 | | | 軽減額 | 減免額(定率) | | 超過額 | 更正前の額 | | | | 減免額 | | | 更正後の額 |
| 医療 | | 円 | | | 円 | 円 | | | 円 | 円 | | | 円 | 円 | | 円 | 円 | | | | 円 | | | 円 |
| 支援金 | |  | | |  |  | | |  |  | | |  |  | |  |  | | | |  | | |  |
| 介護 | |  | | |  |  | | |  |  | | |  |  | |  |  | | | |  | | |  |
| ※　課　税　額 | 区分 | | 課税額 | | | | | 第　　期 | | 第　　期 | | 第　　期 | | 第　　期 | 第　　期 | | 第　　期 | 第　　期 | | | | 第　　期 | | |  |
| （医療＋支援金＋介護） | | | | | 特徴　　月 | | 特徴　　月 | | 特徴　　月 | | 特徴　　月 | 特徴　　月 | | 特徴　　月 | 特徴　　月 | | | | 特徴　　月 | | |  |
| 更正前の額 | | 円 | | | | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | 円 | | 円 | 円 | | | | 円 | | | 円 |
| 更正後の額 | |  | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | |  | | |  |
| 減免額 | |  | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | | |  | | |  |
| ※ | | 調査結果 | | | 別紙市民税課賦課状況により確認 | | | | | | | | | | | | | | | | ※　調査員印 | | ※　受　付　印 | | |
|  | |  | | |
| ※ | | 決定 | | |  | | | | | | | | | | | | | | ※決裁日 | |  | |  | | |

　備考　※の欄は、記入しないでください。