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（医療＋支援金＋介護）	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 特徴月	第期 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。