**国民健康保険税減免申請書**

令和　 年　 月 　日

砂川市長　　善　岡　雅　文　様

申請者

住所　砂川市

　　　　　　　　　 　 (※1)

電話番号

個人番号

新型コロナウイルス感染症等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。

なお、申請にあたり、当該減免について所得等の制限がある場合は、砂川市長が私（申請者）の世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 税　目 | 年　度 | 期　別 | 保険税額 | 納期限 |
| 国民健康保険税 | 令和　　年度 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計保険税額 |  |  |
| 申請事由 | （該当する事由に〇を付けてください）1. 主たる生計維持者が死亡、または重篤な傷病を負ったため
2. 主たる生計維持者の収入が減少したため
3. 主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため
 |

添付書類

* 診断書等　　　　　　　　　　　※（1）に該当する方
* 収入の減少が確認できるもの　　※（2）に該当する方
* 廃業届、雇用保険受給資格者証　※（3）に該当する方
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※1 個人番号（マイナンバー）記載の場合は、押印不要です

※2 減免算定の基礎となる対象保険税額とは、令和元年度は令和2年2月1日以降に納期限のある2,3月分の保険税額、令和2年度は年税額です