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**

氏（フリガナ）　　名　　印（※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