

国民健康保険税減免申請書											
年 月 日											
(宛先) 美唄市長											
申請者 (納税義務者)		住 所									
		氏 名									
		電話番号									
次のとおり国民健康保険税の減免を受けたいので、その事由を証する書類を添えて申請します。 (根拠法令：地方税法第717条、美唄市税条例第146条)											
納税義務者	住 所										
	氏 名		個人番号								
課税額	納 期	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期	第 6 期				
	税 額										
	納 期 限										
	納 期	第 7 期	第 8 期	月随時	月随時	月随時	年 額				
	税 額										
	納 期 限										
減免申請内容		納 期				減免申請額		円			
減免を受けようとする原因及び理由	生活保護の適用 有 ・ 無			年 月 日適用							
	国民健康保険税の減免を受ける原因を○で囲んでください。 1 災害により甚大な損害を受けた世帯 2 生活保護法の規定による保護を受ける世帯 3 当該年において所得が皆無となったため生活が著しく困難となった世帯 4 旧被扶養者世帯に該当する世帯 5 国民健康保険法第59条に該当する世帯 6 その他特別な事情がある世帯										
	申請理由										
備考											