第5号様式(第6条)

　その1

|  |
| --- |
| 国民健康保険税減免申請書 |
| 年　　月　　日　(あて先)　酒々井町長住所　　　　　　　　　　　　納税義務者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　町国民健康保険税条例第24条の2第2項の規定により、下記のとおり申請します。 |
| 減免申請税額内訳 | 年度 | 　 | 納税通知書番号 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 期別 | 納期限 | 税額① | 減免申請額② | 減免後税額①－② |
| 　 | 　 | 円 | 円 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 減免を受けようとする理由 | 1　町国民健康保険税条例第24条の2第1項第1号関係(災害等の内容) |
| 2　町国民健康保険税条例第24条の2第1項第2号関係(公私の扶助の内容) |
| 3　町国民健康保険税条例第24条の2第1項第3号関係(後期高齢者医療制度施行に伴う激変緩和措置) |

　この申請書に、申請理由を証明する書類(罹災証明書等)を添付してください。