

新型コロナウイルス感染症の影響による瀬戸内市保険税(料)減免申請書

【記入例】

令和 4年 8月 3日

瀬戸内市長 様
(岡山県後期高齢者医療広域連合長 様)

申請者 住所 瀬戸内市邑久町尾張〇〇-〇
(世帯主又は被保険者) 氏名 瀬戸内 太郎
電話 0869-22-〇〇〇〇

日中連絡が可能な電話番号
をご記入ください。

- ・以下の申請理由により、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに納期限がある保険税(料)の減免を申請します。申請に伴う申告内容が事実と異なる内容であることが判明した場合、もしくは不備がある場合は、減免の取消をされても異議はありません。
- ・申告内容を審査するため、市が必要な所得・課税情報の確認を行うことに同意します。また、申請の理由が消滅した場合には、直ちにその旨を申告します。

1.申請理由 ※該当する理由に☑を付けて、主たる生計維持者を記入してください。

<input type="checkbox"/> ① 新型コロナウイルス感染症を負ったため。	申請者の属する世帯の世帯主をご記入ください。ただし、その世帯の生計が、世帯主以外の同じ世帯の誰かの収入で維持されている場合は、その当人についてご記入ください。	重篤な傷病を
<input checked="" type="checkbox"/> ② 新型コロナウイルス感染症山林収入または給与収入の減少による収入の減少。		、不動産収入
主たる生計維持者	氏名 瀬戸内 太郎	申請者との続柄 本人

同じ世帯の方の、減免を希望する保険税(料)を全てご記入ください。

2.減免を必要とする保険税(料) ※申請する保険税(料)に☑を付けて、氏名等を

保険税(料)	保険証番号(国保)	納付義務者(世帯主)氏名	生年月日	申請者との続柄
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険税	岡82-12345678	瀬戸内 太郎	昭和50年 3月 10日	本人
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 65歳以上の方が対象です。	被保険者番号	氏名	生年月日	申請者との続柄
	0000123456	瀬戸内 一男	昭和19年 1月 1日	父
	0000987654	瀬戸内 菊子	昭和24年 9月 24日	母
<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料	被保険者番号	氏名	生年月日	申請者との続柄
	01234567	瀬戸内 一男	昭和19年 1月 1日	父
			年 月 日	

3.添付書類 ※申請理由を証明するものとして以下のものを添付してください。

- (1)申請理由①に該当する場合、死亡診断書の写し、医師の診断書の写し
- (2)申請理由②に該当する場合、収入状況申告書、同申告書に記載の添付資料

.....以下は記入不要です.....

受付印

添付書類 診断書
その他