

課 長	課長補佐	係 長	課 員	取扱者

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険税減免申請書

申請日 年 月 日

申請者氏名 印

納 税 義 務 者														
住 所	仙北市													
納税義務者 氏 名	印	生年月日	年 月 日											
		個人番号												
主たる生計 維持者氏名		電話番号												
減免を受けようとする税額	期 別	税 額		期 別	税 額									
	第 期	円		第 期	円									
	第 期	円		第 期	円									
	第 期	円		第 期	円									
	第 期	円		第 期	円									
国民健康保険税の減免について申請します。なお、この申請に係る審査のために必要がある場合には、仙北市が世帯主及び世帯の被保険者の所得について調査を行うことに同意します。														
仙北市長 様														

申請の理由 ※該当する理由にレ点してください。	
☐	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
☐	主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため
所得等が減少している事由記入欄 ※令和2年1月以降の収入状況等を記入してください。	

申請される方は、この申請書及び収入状況等申告書（様式2）を添付してください。

受付番号	受付印