様式第１号（第４条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した世帯に係る
国民健康保険税減免申請書

年　　月　　日

川　越　町　長　様

申請者　　住所
（世帯主）　氏名
電話番号（　　）　　－

川越町国民健康保険税条例第12条の２第２項及び附則第14項の規定により、次のとおり国民健康保険税の減免を必要書類を添えて申請します。

なお、国民健康保険税の減免申請に伴い、税及びその属する世帯の主たる生計維持者のうち、必要な者の所得状況等を確認することについて同意します。

記

１　被保険者等（世帯の主たる生計維持者）

氏名カナ	
氏名	
住所	
記号番号	

２　保険税額等

納期	保険税額	納期	保険税額
		合計保険税	

３　申請理由

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

受付	届出者（本人・代理人）	入力	町処理欄
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他（　　）		