

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る国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

伊那市国民健康保険条例第27条の規定に基づき、次のとおり申請します。また、国民健康保険税の減免額の決定のために、私及び私の属する世帯の収入状況等について必要な調査をすることに同意します。

減 免 申 請 事 項			
税 目	年 度	納税通知書番号	税 額
国民健康保険税			円
申請理由 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により納付が困難であるため、減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等が減少したため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため			

世帯の主たる生計維持者の氏名	
----------------	--

【被保険者状況】（申請日時点の国民健康保険加入者）

氏 名	続 柄	生年月日	申請日時点の職業
	世帯主		