

令和 年 月 日

国民健康保険税減免申請書
(新型コロナウイルス感染症の影響による減免)

美祢市長 様

世帯主 住 所 美祢市

氏 名 (※)

電話番号

(※)世帯主が手書きをしない場合は、**記名押印**してください

美祢市国民健康保険税減免の取扱要綱第5条の規定により、下記のとおり減免を申請します。
なお、減免申請にあたっては、美祢市長が減免審査に必要な収入状況等を確認することに同意します。

記

1 申請者（世帯主等）について

被保険者証番号	
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	

2 申請理由について

対 象 年 度	令和 年度
該当する以下のア、イのいずれかを○で囲み、内容を記入してください。	
ア 新型コロナウイルス感染症により、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	
イ 新型コロナウイルス感染症の影響により、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	
ア、イの理由に至った経緯について内容をご記入ください。	
廃業か失業の場合は、以下のア、イのいずれかを○で囲み、日付等を記入してください。	
ア. 廃業	
イ. 失業	
廃業年月日	年 月 日
離職年月日	年 月 日
事業所名称	事業所名称

※この申請書には、申請理由を証明する書類を添付してください。

※雇用保険受給資格者で、非自発的失業者については非自発的失業者の保険料軽減制度を適用し、新型コロナウイルス感染症の影響による減免措置の対象外となります。