

決 裁	市 長	副市長	部 長	部次長	課 長	班 長	班

国民健康保険税減免申請書(美祢市税減免基準に関する規則第4条第3号関係)			
申 請 理 由	被用者保険から後期高齢者医療制度に移行したことにより、その被扶養者(65～74歳)が新たに国保の被保険者となったため。		
	後期高齢者医療制度に移行した人	氏 名	
		生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
		加入年月日	平成・令和 年 月 日
	新たに国保の被保険者となった人	氏 名	
		生 年 月 日	昭 和 年 月 日
加入年月日		同 上	
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
世 帯 主 住 所 美祢市 町			
氏 名			
電話番号			
美 祢 市 長 様			

(※) 世帯主が手書きしない場合は、記名押印してください。