白子町国民健康保険税減免申請書

年　　月　　日

　白子町長　　様

申　請　者　　住　　所

（納税義務者）　氏　　名

個人番号

電話番号

　白子町国民健康保険税条例第27条第２項の規定により、減免を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課税年度　　　　　　年度 | 通知書番号 |  |
| 期　別 | 税　　　額 | 期　別 | 税　　額 | 年金支給月 | 税　　　額 |
| 第１期 | 円 | 第７期 | 　　　円 | ４　月 | 円 |
| 第２期 | 円 | 第８期 | 　　　円 | ６　月 | 円 |
| 第３期 | 円 | 第９期 | 　　　円 | ８　月 | 円 |
| 第４期 | 円 | 随１期 | 　　　円 | 10　月 | 円 |
| 第５期 | 円 | 随２期 | 　　　円 | 12　月 | 円 |
| 第６期 | 円 |  |  | ２　月 | 円 |
| 減免を受けようとする事由（事由を証明する書類等を添付してください）1. □　主たる生計維持者（国民健康保険の被保険者であって世帯主）が　　　　　　　　　　新型コロナウイルス感染症にり患し、国民健康保険税の納付が困難となったため。
2. □　主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症の影響に伴う失業、事業の　廃止又は収入が減少する見込みにより国民健康保険税の納付が困難となったため。
 |