旧被扶養者に係る国民健康保険税減免申請書

白子町長　　様

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。

　年　　月　　日

納税義務者　　　住所

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　電話番号

旧被扶養者　　　住所

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　国保番号

なお、確認のための証明として下記書類（該当番号に○印をつけたものに限る。）を添付します。

1. 被扶養者の保険者が発行する「資格喪失証明書」等の書類
2. 旧被扶養者異動連絡票（他市町村からの転入により資格を取得した者）
3. その他町長が必要と認める書類

　また、減免の審査に当たり、町長が必要と認める新たな書類等の提出又は提示を求められた際は、早急にこれを提出いたします。