様式第1号(第4条関係)

年　　　月　　　日

　身延町長　　　　　　様

申請者 住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　（　　　　）

生年月日　　　　年　　　　月　　　　日

世帯主との続柄（　　　　　　）

国民健康保険税減免申請書

　身延町国民健康保険税減免取扱要綱第4条の規定により、国民健康保険税の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

1　減免を受けようとする者

住　　所

氏　　名

生年月日 年 月 日

2　減免を受けようとする国民健康保険税

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 期別(月) | 納期限 | 税額 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3　減免を受けようとする理由

（添付書類）　減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。