令和　　年　　月　　日

身延町長　　様

（申請者）住　　所　身延町

氏　　名　　㊞

電話番号　　（　　）

（世帯主）氏　　名

国民健康保険税減免申請書【旧被扶養者】

身延町国民健康保険税条例第 25 条第 1 項第 3 号の規定により、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　旧被扶養者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

該当年月日＿＿＿＿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

後期高齢者医療保険制度創設に伴う緩和（減免）措置に該当するため。

※　納期限前 7 日までに、減免に該当する事由を証明する書類を添付して申請してください。

※　申請事由については、詳細に記載してください。