

令和 4 年度 国民健康保険税減免申請書（所得減少用）

被保険者証番号	納税義務者住所	半田市
	氏 名	

減 免 事 項

氏 名	続柄	減免を受けようとする理由	添付書類
		退職若しくは事業の廃止等により、当該年の合計所得金額（見込）は、前年の総所得金額に比べ、10 分の 7 以下に減少すると認められ、生活が著しく困難となったため。	退職等までの所得が分かるもの（源泉徴収票等）

令和 4 年中の収入見込額 \_\_\_\_\_ 円  
 (所得見込額 \_\_\_\_\_ 円)

※見込額が実際の収入額及び所得額と異なる場合は、減免額を変更することがあります。

上記の理由により、国民健康保険税を減免してくださるよう申請します。

令和 年 月 日

半 田 市 長 様

申請者 住 所 半田市

氏 名

電話番号 - -