受付印

# 令和　年度　国民健康保険税減免申請書（所得減少用）

| 被保険者番号 | 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　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　　－　　－