受付印

令和３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３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　　殿

申請者　　住　　所　半田市

氏　　名

電話番号　　－　　－