様式第1号(第3条関係)

国民健康保険税減免申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納税義務者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 　年度  | 納税通知書番号 | 　 |
| 減免申請額 |
| 期別 | 税 額 | 納期限 |
| 第1期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第2期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第3期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第4期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第5期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第6期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第7期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 第8期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 過年第　　期 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 合　　計 | 円　 | 年　　　月　　　日　　 |
| 減免を受けようとする理由 | 奥多摩町国民健康保険税減免取扱要綱第２条第１項第５号の減免事由に該当。新型コロナウイルス感染症の関係で主たる生計維持者が* 死亡し、または重篤な傷病を負ったため。

〇添付書類　・医師の診断書* 収入の減少が見込まれるため。

〇添付書類　・減免申請用収入申告書　・収入減少を証明する書類* 事業等の廃止または失業したため。

〇添付書類　・廃業等の届出書　・事業主の証明等 |
| 　奥多摩町国民健康保険税条例第22条の規定に基づき、上記のとおり申請いたします。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　（納税義務者）氏名　　　　　　 　　　　　　　　　　 　印　　　 　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　奥多摩町長　殿 |