

益城町国民健康保険税減免申請書
益城町介護保険料減免申請書

益城町長 様

次のとおり、保険料（税）の減免を申請します。

		記入日	令和 年 月 日
申請者	世帯主	ふりがな 氏名 印 (年 月 日生)	主たる生計維持者 ふりがな 氏名 印 (年 月 日生)
	住所	益城町大字 昼間連絡がつく電話番号 (- -)	
申請理由	<p>※該当するものにチェック☑を入れて、具体的な理由、状況等を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症による主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病（診断書を添付）</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響による主たる生計維持者の収入の減少（別紙令和2年中の収入見込みを添付）</p> <p>具体的な理由、状況等</p>		

※減免申請するものに☑を入れて、被保険者（保険加入者）の氏名を記入してください。

	保険料（税）の種目	被保険者（保険加入者）の氏名	対象となる保険料（税）
<input type="checkbox"/>	国民健康保険税		<普通徴収> 平成31年度：10期、11期、随1期 令和2年度：1期～11期 <特別徴収> 平成31年度：6期 令和2年度：1期～6期
<input type="checkbox"/>	介護保険料		<普通徴収> 平成31年度：11期、12期、随1期 令和2年度：1期～12期 <特別徴収> 平成31年度：6期 令和2年度：1期～6期
<input type="checkbox"/>	※後期高齢者医療保険料		別紙申請書のとおり

※後期高齢者医療保険料の減免は、別に申請書の提出が必要です。

裏面も記入してください。

調 査 同 意 書

益城町長 様

保険料（税）減免の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び個人住民税の課税状況等につき、益城町が管理する課税資料等を閲覧すること及び益城町長が官公署に照会することに同意します。

また、減免の決定又は減免申請の内容を確認する調査のために必要があるときは、私及び私の世帯員の収入や資産等の状況等につき、官公署に調査を嘱託し、又は銀行、信託会社、私及び私の世帯員の雇い主、その他関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

なお、貴町の調査嘱託又は報告要求に対し、官公署または銀行等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を官公署または銀行等に伝えられても構いません。

令和 年 月 日

住 所 益城町大字 _____

(申請者（世帯主）) 氏 名 _____ (印)

(主たる生計維持者) 氏 名 _____ (印)

※世帯主と主たる生計維持者が異なる場合

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

(世帯員) 氏 名 _____ (印)

