

## 新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

柴田町長 殿

申請者住所

申請者氏名

印

電話番号

- -

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少したこと等による国民健康保険税の減免に関する条例第3条の規定により、国民健康保険税の減免を申請します。

世帯主	氏名		申請者との関係	
			生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
	住所	〒 - (電話番号 - - )		
生計維持者	氏名		申請者との関係	
			生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
	住所	〒 - (電話番号 - - )		
申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少（事業の廃止 ・ 失業 ・ 収入減少） →裏面も記入			

※世帯主＝主たる生計維持者の場合、「生計維持者」の項目についての記入は不要です。

備考欄（税務課記入）	受付印

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

令和3年中の収入及び所得状況（主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者）

氏名	収入の種類		収入額	所得額
(主たる生計維持者)	減少となるもの1		円	円
	うち、給付金等の金額（⑩）		円	
	減少となるもの2		円	円
	合計		① 円	② 円
	上記以外の収入		③ 円	④ 円
	合計		(①+③) ⑤ 円	(②+④) ⑥ 円
(同世帯の被保険者)				円
(同世帯の被保険者)				円
(同世帯の被保険者)				円
(同世帯の被保険者)				円
合計				⑦ 円

令和4年中の収入及び所得状況（主たる生計維持者）

氏名	収入の種類		収入額	所得額
(主たる生計維持者)	減少となるもの1		円	円
	減少となるもの2		円	円
	保険金・補填金等		円	円
	合計		⑧ 円	⑨ 円

収入減少による減免要件確認欄

- 事業収入等の減少額（①－⑧）が前年の事業収入等の額（①）の10分の3以上。  
 ※給付金等がある場合は①から⑩を控除した金額で比較（①-⑩-⑧）と（①-⑩）×0.3で比較
- 主たる生計維持者の前年の合計所得金額（⑥）が1,000万円以下。
- 減少した事業収入等に係る所得以外の前年の所得額（④）が400万円以下。
- 非自発的失業者の保険税軽減制度の対象外である。