

国民健康保険税減免申請書

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(宛先) 秋 田 市 長

申請者 (納税義務者)	住所	秋田市		
	氏名	印	日中の連絡先	()

次の国民健康保険税について、減免を受けたいので証明書類を添えて申請します。

課税年度	納税通知書番号	減免を受けようとする事由
期別	納期	金額
1	7月	円
2	8月	円
3	9月	円
4	10月	円
5	11月	円
6	12月	円
7	1月	円
8	2月	円
9	3月	円
随時	年度	円
	年度	円
	年度	円
合計		円

※この申請書は、納期限の7日前までに提出してください。

虚偽の申告により減免の適用を受けた場合には、減免を取り消されることがあります。
(秋田市国民健康保険税条例に係る減免取扱要綱第8条第1項による)

受付者	受付印
職員使用欄	職員使用欄

該当する項目の番号を○で囲んで、必要事項を記入してください。



番号	項目	(○をつけて、記入してください)	職員確認欄
1	市民税の減免を	(受けている ・ 申請中である)	
2	固定資産税の減免を	(受けている ・ 申請中である)	
3	保育料の減免を	(受けている ・ 申請中である)	
4	就学援助を	(受けている ・ 申請中である)	
5	福祉医療を受給している (高齢身体障がい者、重度心身障がい者(児)に限る)	(受けている ・ 申請中である)	
6	国民年金保険料の減免(法定免除を除く)を	(受けている ・ 申請中である)	
7	重度身体障がい者がいる	(身体障害者手帳 級)	添付 ・ 提示
8	精神障がい者がいる	(保健福祉手帳 級)	添付 ・ 提示
9	知的障がい者がいる	(療育手帳 判定)	添付 ・ 提示
10	母子、父子家庭である (子どもは18歳未満である)	(はい ・ いいえ)	
11	妊産婦がいる	(妊娠 ・ 産後 カ月)	
12	上記以外の公私の扶助を受けている	(はい ・ いいえ)	

※ 7以降の項目について該当するかには、審査の際、基準となる生活費に、障がい者加算、母子加算、妊産婦加算等を加えるため、記入していただくものです。

(注意事項) 申請内容の修正を行う場合は、訂正印を押してください。
修正液 ・ 修正テープによる修正はできません。