

国民健康保険税減免申請書			
年 度	令和6年度	被保険者 記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限	備 考
第1期	円	令和 年 月 日	
第2期	円	令和 年 月 日	
第3期	円	令和 年 月 日	
第4期	円	令和 年 月 日	
第5期	円	令和 年 月 日	
第6期	円	令和 年 月 日	
第7期	円	令和 年 月 日	
第8期	円	令和 年 月 日	
減 免 を 受 け よ う と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和5年中の所得金額が、270万円以下である。 ア 身体障害者手帳 種 級に該当。 (交付年月日 年 月 日) イ 知的障害者で知能指数が50以下。 (該当年月日 年 月 日) ウ 自閉症状群と診断された者。 (該当年月日 年 月 日) エ 戦傷病者手帳の交付を受けている者。 (交付年月日 年 月 日) オ 母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の者。 《上記理由の該当者》 (氏 名) _____ (生年月日) _____ (個人番号) _____		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 江南市長 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>世帯主</div> <div>住所 氏名 電話 個人番号</div> </div>			

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認
 本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()

<記載例>

国民健康保険税減免申請書					
年 度	令和6年度	被保険者 記号・番号	1 2 3 4 5 6		
期 別	税 額	納 期 限	備 考		
第1期	円	令和 年 月 日			
第2期	円	令和 年 月 日			
第3期	円	令和 年 月 日			
第4期	円	令和 年 月 日			
第5期	円	令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
第8期	円	令和 年 月 日			
減免を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和5年中の所得金額が、270万円以下である。				
	<input checked="" type="checkbox"/> ア 身体障害者手帳 種 級に該当。 (交付年月日 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> イ 知的障害者で知能指数が50以下。 (該当年月日 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> ウ 自閉症状群と診断された者。 (該当年月日 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> エ 戦傷病者手帳の交付を受けている者。 (交付年月日 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> オ 母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の者。					
《上記理由の該当者》 (氏名) <u>江南 太郎</u> (生年月日) <u>S62. 5. 23</u> (個人番号) <u>1234 5678 9123</u>					
上記のとおり申請します。			令和 年 月 日		
江南市長					
世帯主の住所・氏名・電話・個人番号をご記入してください。		住所 江南市赤童子町大堀90番地			
		氏名 江南 一郎			
		電話 (0587) 54-1111			
		個人番号 9876 5432 1987			

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認
 本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()