

| 国民健康保険税減免申請書                                             |                                                     |               |  |     |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|--|-----|
| 年 度                                                      | 令和 年度                                               | 被保険者<br>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<br>免<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>理<br>由 | <input type="checkbox"/> 世帯の令和 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                                                     |                                                     |               |  |     |
| 住所                                                       |                                                     |               |  |     |
| 世帯主 氏名                                                   |                                                     |               |  |     |
| 電話                                                       |                                                     |               |  |     |
| 個人番号                                                     |                                                     |               |  |     |

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 ( )

減免を受けようとする理由のいずれかに当てはまる方の減免申請は、6月から翌年3月までです。  
別の事由で減免申請する場合は、保険年金課までご相談ください。

<記載例>

| 国民健康保険税減免申請書                                             |                                                         |                            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|-----|---|----|--|--|
| 年 度                                                      | 令和 7 年度                                                 |                            | 被保険者<br>記号・番号 |                                   | 1 2 3 4 5 6                                    |     |   |    |  |  |
| 期 別                                                      | 額                                                       |                            | 納 期 限         |                                   |                                                | 備 考 |   |    |  |  |
| 第1期                                                      | 提出する日が属する年度を記入してください。<br>(令和7年6月～令和8年3月までに提出する場合：令和7年度) |                            | 月             | 日                                 | 「資格情報のお知らせ」もしくは<br>「資格確認書」の記号・番号を記入<br>してください。 |     |   |    |  |  |
| 第2期                                                      |                                                         |                            | 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                   |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| いずれかの減免事由に○<br>をつけてください。                                 |                                                         |                            | 令和 年 月 日      |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
|                                                          |                                                         |                            | 令和 年 月 日      |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| 減<br>免<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>理<br>由 | 世帯の令和 6 年中の所得金額が、270万円以下である。                            |                            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
|                                                          | ア                                                       | 身体障害者手帳を有する者               | 記入の該当         |                                   | (交付年月日                                         | 年   | 月 | 日) |  |  |
|                                                          | イ                                                       | 知的障害者                      |               |                                   | 日                                              | 年   | 月 | 日) |  |  |
|                                                          | ウ                                                       | 自閉症                        |               |                                   | 日                                              | 年   | 月 | 日) |  |  |
|                                                          | エ                                                       | 戦傷病者等                      |               |                                   | 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 )                                                  |                                                         | 江南 太郎                      |               | 該当者の氏名・生年月<br>日・個人番号をご記入く<br>ださい。 |                                                |     |   |    |  |  |
| ( 生年月日 )                                                 |                                                         | S 6 2 . 5 . 2 3            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| ( 個人番号 )                                                 |                                                         | 1234 5678 9123             |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| 上記のとおり申請します。                                             |                                                         |                            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| 令和 年 月 日                                                 |                                                         |                            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| 江南市長                                                     |                                                         |                            |               |                                   |                                                |     |   |    |  |  |
| 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 ( )