

様式第 1 号（第 5 条関係）

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  
被保険者等に係る国民健康保険税減免申請書

年 月 日

稲敷市長 様

納税義務者 住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日生  
申 請 者 氏 名  
電話番号

国民健康保険税の全額を負担することが下記の理由により困難なため、令和 4 年度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被保険者等に係る稲敷市国民健康保険税の減免に関する取扱要綱第 5 条の規定により、国民健康保険税の減免について必要書類を添えて申請します。

記

国 保 番 号	通 知 書 番 号	年 税 額
申 請 理 由 (該当する方にチェックを入れる。)	<input type="checkbox"/> 1 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 2 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入が減少したため	
減 免 す る 年 度		
添 付 書 類	理由 1 の場合 <input type="checkbox"/> 死亡診断書、医師の診断書等 理由 2 の場合 <input type="checkbox"/> 収入の減少が新型コロナウイルス感染症の影響だとわかるもの（退職証明、解雇通知、廃業届、休業届等） <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和 3 年中の収入がわかる書類の写し（給与明細書、帳簿、確定申告書控、通帳のコピー等） <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和 4 年中の収入がわかる書類の写し（給与明細書、帳簿、通帳のコピー等） ※届出が遅延し遑って令和 4 年 3 月以前に資格取得する場合（追加添付） <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和元年中の収入がわかる書類の写し（給与明細書、帳簿、通帳のコピー等） <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の令和 2 年中の収入がわかる書類の写し（給与明細書、帳簿、通帳のコピー等）	

別紙

## 収入申告書

納税義務者 住所  
氏名

申請者 氏名

私の世帯の次の者の令和 年中及び令和 年中の収入について以下のとおり申告します。

氏名				
収入の種類等	<input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	事業所名等		業種	
	事業所所在地等			

収入及び収入見込額を記入してください。

令和 年		令和 年		減少割合	備考
月	収入額	月	収入額 (見込)		
1		1			
2		2			
3		3			
4		4			
5		5			
6		6			
7		7			
8		8			
9		9			
10		10			
11		11			
12		12			
計		計			