

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

白川町長 様

住 所

氏 名

印

電話番号

## 国民健康保険税減免申請書

白川町国民健康保険税条例施行規則第3条の規定により、 年度国民健康保険税の減免を申請します。

年度 国民健康保険税 通知書番号（ ）

年税額	期 別 税 額				
	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
	円	円	円	円	円
	第6期	第7期	第8期	第9期	第10期
円	円	円	円	円	円

減免を受けようとする理由

減免事由の発生日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 災害被害	被災内容（ ）
<input type="checkbox"/> 傷病等	前年度所得（ 円）・今後見込所得（ 円）
<input type="checkbox"/> 収容等	収監期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）
<input type="checkbox"/> 旧被扶養者	
<input type="checkbox"/> その他	

※減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。