様式第1号（第４条関係）

　　年　　月　　日

飯南町長　様

申　請　者　　住　所

（納付義務者）　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

電　話

飯南町国民健康保険料減免申請書

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ため、飯南町国民健康保険料について、下記のとおり減免を受けたいので、減免を受けようとする理由を証明する書類等を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年度 | | **減免を受けようとする理由** |
| 納付通知書番号 |  | |
| 期別 | 保険料額 | 納 期 限 | **新型コロナウイルス感染症の影響により次の被害を受けたため**  ■主たる生計維持者が  □死亡した　□重篤な傷病を負った  □事業収入等のいずれかの減少額が前年の当該事業収入等の額の10分3以上  （事業収入・不動産収入・山林収入・給与収入）  主な生計維持者の氏名（　　　　　　　　　　　）  ・失業または事業廃止した場合の時期・事業所名  （時期：　　　　事業所名：　　　　　　） |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |

※この減免申請書及び減免を受けようとする理由を証明する書類は、納期限前７日までに提出してください