

令和 年 月 日

吉野川市長 様

(申請者)

住 所 吉野川市

申 請 者

生年月日

電 話 — —

国民健康保険税減免申請書

吉野川市国民健康保険税条例第24条第2項の規定により次のとおり申請します。

また、この申請による審査のために必要があるときは、私の属する世帯の被保険者に係る預貯金等について、市職員が調査すること、又は官公庁若しくは金融機関等に資料提供を求めることに同意します。

1 納税義務者の住所及び氏名

住 所

氏 名

2 納期限及び税額

納 期	納 期 限	税 額
第 期	年 月 日	円
第 期	年 月 日	円
第 期	年 月 日	円
第 期	年 月 日	円
第 期	年 月 日	円
第 期	年 月 日	円

3 減免を受けようとする事由

(裏)

4 国民健康保険加入者の状況

氏名	続柄	年齢	職業(勤務先)	収入

5 預貯金等の状況

預貯金

金融機関名	口座番号	口座名義	金額

有価証券

種類	額面	評価額

生命保険等

契約先	保険金	保険料

その他

--