別記様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 国民健康保険税減免申請書 |
| 年　　月　　日新富町長　　　様 | 納税者 | 住所（所在地） |  |
| 氏名（） | 　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  | 電話番号 |  |
| 　下記のとおり減免されたく申請します。 |
| 減免を受けようとする金額等 | 税目 | 年度期別 | 納期限 | 税額 | ※軽減又は免除の割合 | ※減免を受けようとする税額 | 摘要 |
|  |  |  | 円 |  | 円 |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 合計 |  |  |  |  |
| 減免を必要とする理由 |  |
| ※　処理欄　　　　　　調査者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ※調査結果 |  |
| 該当事項 | 新型コロナウイルス感染症の影響により新富町国民健康保険税条例第２３条第１項第３号の対象となる者の基準等を定める規則　　　第　　　条　第　　　項　第　　　号 |

（注）１　※印欄は記入しないでください。

２　この申請書には減免を必要とする事由を証する書面等を添付してください。