

国民健康保険税減免申請書			
年 度	令和5年度	被保険者 記号・番号	
期 別	税 額	納 期 限	備 考
第1期	円	令和 年 月 日	
第2期	円	令和 年 月 日	
第3期	円	令和 年 月 日	
第4期	円	令和 年 月 日	
第5期	円	令和 年 月 日	
第6期	円	令和 年 月 日	
第7期	円	令和 年 月 日	
第8期	円	令和 年 月 日	
減 免 を 受 け よ う と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和4年中の所得金額が、270万円以下である。		
	ア 身体障害者手帳 種 級に該当。 (交付年月日 年 月 日)		
	イ 知的障害者で知能指数が50以下。 (該当年月日 年 月 日)		
	ウ 自閉症状群と診断された者。 (該当年月日 年 月 日)		
	エ 戦傷病者手帳の交付を受けている者。 (交付年月日 年 月 日)		
	オ 母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の者。		
	《上記理由の該当者》		
(氏 名) _____			
(生年月日) _____			
(個人番号) _____			
上記のとおり申請します。			
江南市長		令和 年 月 日	
		住所	
世帯主		氏名	
		電話	
		個人番号	

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認
本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()

<記載例>

(一般 ・ 退職 ・ 混合)

国民健康保険税減免申請書					
年 度	令和5年度	被保険者 記号・番号	1 2 3 4 5 6		
期 別	税 額	納 期 限	備 考		
第1期	円	令和 年 月 日			
第2期	円	令和 年 月 日			
第3期	円	令和 年 月 日			
第4期	円	令和 年 月 日			
第5期	円	令和 年 月 日			
第6期	円	令和 年 月 日	保険証の記号番号を記入 してください。		
		令和 年 月 日			
第8期	円	令和 年 月 日			
減 免 を 受 け よ う と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 世帯の令和4年中の所得金額が、270万円以下である。				
	<input checked="" type="checkbox"/> ア	身体障害者手帳 種 級に該当。 (交付年月日 年 月 日)			
	イ	知的障害者で知能指数が50以下。 (該当年月日 年 月 日)			
	ウ	自閉症状群と診断された者。 (該当年月日 年 月 日)			
	エ	戦傷病者手帳の交付を受けている者。 (交付年月日 年 月 日)			
	オ	母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下者。 (交付年月日 年 月 日)			
《上記理由の該当者》					
(氏 名) 江南 太郎					
(生年月日) S 6 2 . 5 . 2 3					
(個人番号) 1234 5678 9123					
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
江南市長					
住所 江南市赤童子町大堀90番地					
氏名 江南 一郎					
電話 (0587) 54-1111					
個人番号 9876 5432 1987					

番号確認 本人提示による 本人同意により職員が確認
 本人確認 運転免許証 個人番号カード 住基カード その他 ()