

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険料減免申請書								
湯河原町長 様								
次のとおり国民健康保険料の減免を申請します。								
申 請 日			年 月 日					
申請者 (世帯主)	住 所							
	氏 名		㊟（自署の場合は押印不要）					
	電 話 番 号							
	被保険者番号							
減免申請年度			年 度					
減免申請年度の保険料（年額）			円					
世帯の 状況	氏 名		続柄	生年月日	国保加入 の有無	現在の職業等	収入の有無	
							前年	当該年
	1		世帯主		有 無		有 無	有 無
	2				有 無		有 無	有 無
	3				有 無		有 無	有 無
	4				有 無		有 無	有 無
	5				有 無		有 無	有 無
6				有 無		有 無	有 無	
申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため							
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため							
同意書	この申請の決定を行うに当たり、関係諸機関（事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等）に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が回答することに同意します。							
	また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。							
	年 月 日							
	申請者（世帯主） ㊟（自署の場合は押印不要）							