

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								
	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）_____								