

国民健康保険税減免申請書
(新型コロナウイルス感染症の影響による収入減)

令和 年 月 日

御殿場市長 様

【申請者（世帯主）】

住 所	御殿場市		
氏 名	㊟	日中連絡先	

世帯主以外の方が窓口に来た場合は記入してください。

窓口に来た人		世帯主との続柄	
--------	--	---------	--

次のとおり、国民健康保険税の減免を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

新型コロナウイルス感染症の影響により

<input type="checkbox"/>	世帯主が死亡又は重篤な傷病を負った ◎死亡日または診断日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	世帯主の事業収入等が減少（見込も含む） ◎収入の種類 □事業収入 ・ □給与収入 ・ □不動産収入 ・ □山林収入 収入額 令和元年 円 令和2年 円（見込額） ◎現在の事業等の状態 □継続中（休業中を含む） ・ □廃業 ・ □失業 ◎補填金・賠償金 □なし □あり（ 円）

【添付資料】裏面のチェックシートを確認し必要書類を添付してください。

【同意書】

この減免申請をするにあたり、御殿場市が申請書や関連資料、申請者及び世帯員の収入に関する情報について、公的機関や事業所など関係機関に対して調査・照会することに同意します。また、後期高齢者医療保険料、介護保険料の担当課に対し、減免申請が可能となるか確認するため、情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 世帯主氏名 ㊟

【減免対象条件確認及び提出書類】

新型コロナウイルス感染症により世帯主が死亡した

◎添付書類

世帯主の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカードの表面の写し）

死亡原因、死亡日のわかる死亡診断書

新型コロナウイルス感染症により世帯主が重篤な傷病を負った

※「重篤な傷病」とは1ヵ月以上の治療を要するなど、病状が著しく重い場合

◎添付書類

世帯主の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカードの表面の写し）

傷病を負った日、療養期間などがわかる診断書

事業収入が減少した（以下の全ての条件に当てはまること）

令和2年の事業収入等が減少した人は、世帯主である

令和2年の事業収入等の減少見込額が前年の同じ事業収入の3/10以上である

世帯主の前年の所得が1,000万円以下である

世帯主の減少が見込まれる収入以外の令和元年の所得の合計額が400万円以下である

雇用保険に加入していない、または受給資格がない

◎添付書類：

世帯主の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカードの表面の写し）

収入に関する申出書

令和元年中の所得額のわかるもの

令和2年中の所得実績、所得見込の算出根拠のわかるもの

補填金・賠償金がある場合、金額のわかる書類

廃業届の写し（事業を廃業した場合）

新型コロナウイルス感染症の影響により失業したことがわかる事業主発行の証明書
(失業した場合)

市役所使用欄

受付印	通知書番号	課長	統括	課員
	世帯主コード			