

## 国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日

斜里町長 様

申請者（納付義務者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

下記の理由により、令和 年度国民健康保険料の減免を受けたいので申請します。

世帯主氏名 (納付義務者)			
被保険者番号		個人番号	
被保険者数 (医療・支援/介護)	人 /	軽減割合	割軽減
減免割合			
減免を必要とする理由	国民健康保険条例施行規則附則第2条の規定に該当するため		

※以下の欄には記入しないでください。

市町村処理欄

判 定	ア. 減免該当 イ. 却下 ( )		
受付年月日	判定年月日	年	月 日
	処理年月日	年	月 日
	作成年月日	年	月 日