

国民健康保険料減免申請書(新規・変更)

令和2年 月 日

交野市長様

申請者 住所 交野市

氏名 (印)

電話番号

下記のとおり申請します。

個人番号

(申請理由)当てはまる項目全てに☑、または記載してください。

- 新型コロナウイルスの影響はありますか? あり ・ なし
- 離職・失業・休業により収入が減少した
  - 就業時間の短縮により収入が減少した
  - 低所得であるため
  - その他( )

宛名番号		減免を受けようとする 年度及び月別	令和 年度	月分より 月分まで		
当初決定額						
(注)減免を必要とする事由を証する書類を添付すること。						
決	部長	次長	課長	課長代理	係長・主任・係員	担当
裁						

保険料減免申請に基づいて調査の結果次のとおり決定します。

区分	当初決定額	減免額	変更後の額
所得割(医療分)			
所得割(介護分)			
所得割(支援分)			
計			
年間保険料			

該当事項 交野市国民健康保険条例第28条第1項第3号  
減免要綱第5条第1項・別表1、第3項、減免要領 第2条第3条

(注)減免を決定するときは、その根拠を証する書類を添付すること。

処 理	承認・不承認通知	電算

持参物 個人カード 通知カード 免許証  
保険証 その他( )