

この申請について、添付資料等に基づき決定してよろしいか。

決裁伺 令和 年 月 日

課長	課長補佐	係長	担当

主管課受付	受付者	受付

令和 年度

国民健康保険料減免申請書

v21

(条例第21条第1項第1号、第3号及び第4号関係)

令和 年 月 日

堺市 区長殿

住所 _____ 擬制世帯主

世帯主氏名 _____ 世帯主が自署しない場合は、
記名押印をしてください。

記号番号 _____ 電話番号 _____

国民健康保険料の減免について、次の理由により申請します。

日中連絡のつく電話番号の記載は必須

申請理由 り災 所得の減少 拘禁 その他(_____)

ご確認ください! * 申請内容に変更等があれば、直ちに届け出る必要があります。

* 世帯員の異動や、所得の更正等による保険料の変更が発生した場合、または、収入状況が回復した場合、減免の再判定により、減免内容の変更・取消が行われることがあります。

所得減少(規則第14条)	① 令和5年中(1~12月)の収入あり、 令和6年4月以降の収入あり の被保険者氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 令和5年中(1~12月)の収入あり、 失業または事業を休業・廃業した日以降の収入なし の被保険者氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 令和5年中(1~12月)の収入なし、 令和6年4月以降の収入あり の被保険者氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 令和5年中(1~12月)の収入なし、 令和6年4月以降収入なし の被保険者氏名 ※右の者は、令和5年中及び令和6年4月以降の収入が、ともになかったことを申し出ます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(世帯)減少率 (1-S/Z) _____ %	(世帯)現在の総所得金額 S _____ 円			
(世帯)総所得金額 ≠ (世帯)経常所得金額の場合、世帯内の非経常所得について要確認 ←	(世帯)総所得金額 Z _____ 円			

非自発軽減該当者 は「離職者減免」にチェック ←

り災 (規則第13条)

全壊、全焼又は大規模半壊 : 100%

半壊 又は 半焼 : 70%

火災による水損又は床上浸水 : 50%

拘禁 (規則第14条の3)

対象者氏名 _____

住民票上の単身世帯 他市施設拘禁

上記両方に の場合は資格喪失

その他特別事情 (規則第15条)

減免(減免取消)の期間

年 月 ~ 年 月

決定減免率(取消時は0)

所得割・均等割・平等割 _____ %

申請時点の決定後保険料額

_____ 円

堺市国民健康保険条例施行規則に基づき、保険料を減額する。 減額を取消する。 減額の必要を認めない。

【 減 免 申 請 書 の 記 入 例 】

～ 太枠内のみご記入ください ～

◆ 世帯主氏名を自署しない場合は、記名押印をしてください。

◆ 日中連絡のつく電話番号を、必ず記入してください。
記入がない場合、減免申請書をお返すことがあります。

令和 6 年度

国民健康保険料減免申請書

v21

(条例第21条第1項第1号、第3号及び第4号関係)

令和 6 年 99 月 99 日

堺市 区長殿	住所	堺市〇区〇〇町99-99	<input type="checkbox"/> 擬制世帯主
	世帯主氏名	堺市 太郎	<input type="checkbox"/> (世帯主が自署しない場合は、記名押印をしてください。)
	記号番号	99-999999	電話番号 090-9999-9999
国民健康保険料の減免について、次の理由により申請します。			日中連絡のつく電話番号の記載は必須
申請理由	<input type="checkbox"/> 災	<input checked="" type="checkbox"/> 所得の減少	<input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他()

ご確認ください!

* 申請内容に変更等があれば、

* 世帯員の異動や、所得の更正等に

回復した場合、減免の再判定により、減免内容の変更・取消が行われることがあります。

チェック漏れにご注意ください

所得減少(規則第14条)	① 令和5年中(1~12月)の収入あり、令和6年4月以降の収入ありの被保険者氏名	堺市 太郎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 令和5年中(1~12月)の収入あり、失業または事業を休業・廃業した日以降の収入なしの被保険者氏名	堺市 花子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 令和5年中(1~12月)の収入なし、令和6年4月以降の収入ありの被保険者氏名	堺市 次郎			
	④ 令和5年中(1~12月)の収入なし、令和6年4月以降収入なしの被保険者氏名 ※右の者は、令和5年中及び令和6年4月以降の収入が、ともになかったことを申し出ます。	堺市 三郎			

被保険者全員の氏名をそれぞれ該当する項目にご記入ください。