

記入例

令和6年能登半島地震による国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料減免申請書

中能登町長

令和 ○年 ○月 ○日

申請者	氏名	中能登 一郎		被保険者との関係	本人
	住所	〒929 - 0000 中能登町○○××部×番地 電話番号 ○○○○ (○○)○○○○			
申請区分		<input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料	
世帯構成	住所	〒 - 同上 電話番号 ()			
	氏名			生年月日	被保険者番号
	世帯主氏名	中能登 一郎		<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 ○○年 ○月 ○日	
	被保険者氏名	中能登 花子		<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 ○○年 ○月 ○日	
	被保険者氏名			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
	被保険者氏名			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
	被保険者氏名			<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
減免対象保険料額				生計維持者氏名	※申請理由「1」以外の場合
申請理由	令和6年能登半島地震により 1 <input checked="" type="checkbox"/> 住家が全半壊、全半焼したため。 <input checked="" type="checkbox"/> 全壊(長期避難世帯を含む。) <input type="checkbox"/> 半壊・中規模半壊・大規模半壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 2 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、若しくは障害者となり、又は重篤な疾病を負ったため。 3 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の行方が不明なため。 4 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等の減少(事業の廃止や失業を含む。)が見込まれるため。				
申請者確認事項 (下記の内容をご確認の上、チェックしてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 減免決定のため世帯等の税情報について関係機関に対し調査することを承諾します。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請内容は、令和6年能登半島地震の影響によるもので間違いありません。					

申請をする際には、必要に応じて次に掲げる書類を添付してください。

申請理由	添付書類
住宅の全半壊、全半焼した場合	り災証明書等
主たる生計維持者が死亡し、若しくは障害者となり、又は重篤な疾病を負った場合	死亡診断書・死体検案書・医師の証明書 入院証明書
主たる生計維持者(又は主たる生計維持者以外の被保険者)の行方が不明である場合	警察等への届出が確認できるもの
主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる場合	公的に交付される書類で、事実の確認が可能なもの ・税務署に提出する廃業届、異動届の控え等 ・雇用保険の受給資格者証 ・事業主等による証明書 ・(別紙)収入状況申告書

※下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類の添付ができない理由	
----------------	--

※裏面にも記載箇所があります。

※申請者と被保険者が異なる場合、委任状(裏面)も記載してください。

【中能登町記入欄】

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証
	<input type="checkbox"/> その他()			

	国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険
入力			
目付	/	/	/

口座振込依頼書

減免された保険料等について過誤納還付金が発生した場合は、下記の口座に振込みくださるよう依頼します。

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所, 当座, 普通.

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所, 当座, 普通.

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所, 当座, 普通.

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所, 当座, 普通.

Table with 5 columns: 金融機関名, 支店名, 種別, 口座番号, 口座名義人. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所, 当座, 普通.

◆ 決定通知書送付先を記入してください。
申請者 被保険者 世帯主
その他 (宛名, 住所, 電話番号)

委任状

令和 年 月 日

中能登町長

【被保険者】

住所

氏名

印

私は、下記の者を代理人と定めて次の権限を委任します。

- 1 国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料の減免に関すること。
2 その他、この申請に係る一切の権限

【代理人(申請者)】

住所

氏名

印