

受 付 印

市 民 税 ・ 県 民 税 減 免 申 請 書

加 古 川 市 長 様

令和    年    月    日

住所

納税義務者    氏名

生年月日    大・昭・平    年    月    日    TEL

☐ 同上

住所

☐ 同上

申 請 者    氏名

☐ 本人

納税義務者との続柄

TEL

下記の理由により市民税・県民税の減免を申請します。

| 種 類                                               | 理 由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 添付書類                                                                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活保護                     | 保護開始日    年    月    日 から保護を受けているため。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 生活保護決定通知書<br>または生活保護受給証明書                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 障害者<br>未成年<br>寡婦<br>ひとり親 | 合計所得金額が155万円以下であり、<br>賦課期日現在、（ 障害者・未成年・寡婦またはひとり親 ）に該当するため。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 障害者：障害者手帳<br>未成年：不要<br>寡婦またはひとり親：戸籍謄本                                                             |
| <input type="checkbox"/> 3月以上の<br>入院かつ<br>無収入     | 賦課期日以後に、引き続き3か月以上の入院をし、その期間無収入であるため。<br>入院期間    年    月    日 ～    年    月    日<br>無収入期間    年    月    日 ～    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3か月以上の入院を証明するもの<br>（診断書、領収書）<br>無収入であることを証明するもの<br>（無給証明書など）                                      |
| <input type="checkbox"/> 災害                       | 賦課期日以後に、災害により下記の被害を受けたため。<br>【災害の種類】 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水害 <input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> その他（    ）<br>【災害発生日】    年    月    日<br>【要 件】 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害者となった <input type="checkbox"/> 住宅の損害<br>【損害の住宅】 <input type="checkbox"/> 本人居住 <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者または扶養親族が居住<br>【損害の程度】 <input type="checkbox"/> 10分の5以上 <input type="checkbox"/> 10分の2以上10分の5未満<br><input type="checkbox"/> 10分の1以上10分の2未満または床上浸水 | 罹災証明書<br>（公的機関が発行したもの）<br><br>【死亡の場合】<br>災害による死亡が確認できる書類<br>（死亡診断書など）<br><br>【障害者となった場合】<br>障害者手帳 |
| <input type="checkbox"/> 失業<br>休業<br>廃業           | 失業・休業・廃業により、普通所得の半減が見込まれるため。<br>退職・廃業日    年    月    日（前）勤務先名：<br>休業期間    年    月    日 ～    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 失業等の事由を証明するもの<br>（雇用保険受給資格者証、休業証明書、廃業届など）<br>所得見込計算書                                              |

| 対象年度    | 照会番号 | 合計所得金額   | 年税額（森林含） | 号数                          | 減免割合                 |
|---------|------|----------|----------|-----------------------------|----------------------|
| 年度      |      | 円        | 円        | 号                           | 均等割    割<br>所得割    割 |
| 減免対象税額  |      | 市・県民税減免額 |          | 森林免除額                       | 減免後年税額               |
| 均等割     | 円    | 市        | 円        | <input type="checkbox"/> 按分 |                      |
| 所得割     | 円    | 県        | 円        |                             |                      |
| 合計    円 |      |          |          |                             |                      |

| 減免開始期月 |   |
|--------|---|
| 普      | 年 |
| 特      |   |

| 異動事由① | 異動事由② | 調査により取消 | 口座 | 全 | 期 | 無 |
|-------|-------|---------|----|---|---|---|
| 納付書   | 更新日   |         |    |   |   |   |

(摘要)

◎太枠内は記入しないでください。

※申請書・必要書類は納期限までに提出してください。納期限を過ぎた場合は減免対象外となります。