

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 または生活保護受給証明書
<input type="checkbox"/> 障害者 未成年 寡婦 ひとり親	合計所得金額が155万円以下であり、 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 未成年:不要 寡婦またはひとり親:戸籍謄本
<input type="checkbox"/> 3月以上の 入院かつ 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。 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 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 (診断書、領収書) 無収入であることを証明するもの (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。 【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() 【災害発生日】 年 月 日 【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 【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 【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 <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 (市長または市の消防機関が発行したもの) 【死亡の場合】 災害による死亡が確認できる書類 (死亡診断書など) 【障害者となった場合】 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 失業 休業 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。 退職・廃業日 年 月 日 (前)勤務先名: 休業期間 年 月 日 ~ 年 月 日	失業等の事由を証明するもの (雇用保険受給資格者証、休業証明書、廃業届など) 所得見込計算書

年度	照会番号	合計所得金額	年税額	対象期割
年度 (年度分)		円	円	普: 期 ~ 期 年: 月 ~ 月 特: 月 ~ 月
号数	減免割合	減免対象税額	減免額	減免後の年税額
号	均等割 割 所得割 割	均等割 円 所得割 円	市 県 円	円

(摘要)

異動日	異動事由①	異動事由②	納付書	
転出先修正	更新日	調査により却下	口座	全 期 無

◎ 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。

受付印	<h1 style="margin: 0;">市民税・県民税減免申請書(控)</h1> <p style="margin: 5px 0 0 0;">加古川市長 様</p> <p style="text-align: right; margin: 0 0 0 150px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0 0 100px;">住所 _____</p>
-----	---

納税義務者	氏名 _____	
	生年月日 大・昭・平 年 月 日 _____	TEL _____
	<input type="checkbox"/> 同上	
	住所 _____	
	<input type="checkbox"/> 同上	
申請者	氏名 _____	
	<input type="checkbox"/> 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 または生活保護受給証明書
<input type="checkbox"/> 障害者 未成年 寡婦 ひとり親	合計所得金額が155万円以下であり、 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 未成年:不要 寡婦またはひとり親:戸籍謄本
<input type="checkbox"/> 3月以上の 入院かつ 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。 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 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 (診断書、領収書) 無収入であることを証明するもの (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。 【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() 【災害発生日】 年 月 日 【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 【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 【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 <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 (市長または市の消防機関が発行したもの) 【死亡の場合】 災害による死亡が確認できる書類 (死亡診断書など) 【障害者となった場合】 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 失業 休業 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。 退職・廃業日 年 月 日 (前)勤務先名: 休業期間 年 月 日 ~ 年 月 日	失業等の事由を証明するもの (雇用保険受給資格者証、休業証明書、廃業届など) 所得見込計算書

年度	照会番号	<p>※下記の注意事項をよくお読みください。 この控えは、後日通知があるまで大切に保管してください。</p>
年度 (年度分)		

【納付に関する注意事項】

- ・ この申請に対する結果の通知が届くまでは、現在お持ちの納付書で納付してください。結果の通知が届いた後は、その通知に従い納付してください。

【失業・休業・廃業に関する注意事項】

- ・ 所得見込計算書の記載内容により所得の半減を判断し、減免の可否を決定します。提出後に所得見込計算書の訂正はできませんので、記載内容をよく確認して提出してください。
- ・ 減免が決定した後に、再就職等の理由により所得見込計算書よりも実際の所得が増加する場合は、すみやかに市民税課までご連絡ください。
- ・ 減免却下後に所得見込額の変更が生じたため減免を必要とされる場合は、新たに申請が必要です。新たに提出された申請書の申請日以後に到来する納期分に対して減免の可否を決定します。
- ・ 減免決定の翌年に確定申告等により所得見込計算書の内容を確認します。
- ・ その結果、前年と比べて所得が半減していなかった場合は、減免の決定を取り消し、減免した額を一括でご納付いただきますのでご了承ください。

【その他の注意事項】

- ・ 減免の可否を決定するため、市民税課から官公庁、事業所に対して照会を行う場合があります。
- ・ 翌年度も減免を必要とされる方は、その都度申請が必要です。

※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。