

※申請書は納期限までに提出してください。

ここから下は記入しないで下さい。

受 付 印		国民健康保険料 減免申請書 (兼 非自発的失業者軽減申請書)											
		令和 6 年 7 月 20 日											
加古川市長様		申請者:		(住 所)	加古川市 加古川町北在家2000								
		(氏 名)	加古川 次郎										
		(生年月日)	昭・平	31	年	5	月	5	日	(Tel)	079- 123 - 4567		
		納付義務者(世帯主):		(住 所)	加古川市 加古川町北在家2000								
				□申請者と同じ									
		(氏 名)		加古川 太郎									
		減 免 対 象 者 :		(氏 名)									
				□申請者と同じ									
		(生年月日)		昭・平	年	月	日	(Tel)	-		-		
下記の理由のため国民健康保険条例第29条第2項による国民健康保険料の減免または第30条の2による国民健康保険料の軽減を申請します。													
理 由	1. 下記の勤務先を退職以後 (年金・雇用保険) 以外に収入がなく、現在就業予定もないため												
	2. 下記の勤務先を退職以後無職無収入であり、雇用保険の受給予定もなく、現在就業予定もないため												
	3. 下記勤務先より転職後、所得が下がったため (令和__年__月__日に現勤務先に就職)__日締の(当・翌)月__日払い												
	4. 勤務先に変更はないが所得が下がったため (令和__年__月__日勤務分から減少)__日締の(当・翌)月__日払い												
	5. 勤務先の減少により、所得が下がったため (以前__カ所勤務→現在__カ所勤務中)現職__日締の(当・翌)月__日払い												
	6. 営業不振により所得が下がったため												
	7. 後期高齢者医療制度により旧被扶養者に該当したため (令和__年__月__日 国保加入) ※65歳以上の社保離脱の方のみ												
	8. その他 ()												
失 業	前勤務先名	〇〇株式会社					給与形態	31 日 締 の (当 翌) 月 20 日 払 い					
	離職年月日	令和 6 年 3 月 31 日	雇用保険受給	無 有	離職理由	11・12・21・22・23・31・32・33・34・以外							
	所得減少後1年間の年金受給予定		無 ・ 有 (年金受給開始日: 平 6 年 8 月)										
令和		現年	通知書番号						添 付 書 類				
内 訳		者証(両面)											
年間納付額		月分)											
減 免 額		全て必要											
減免後納付額		明細											
減免該当月		(ある分)											
		証明書											
		ハガキ・年金証書)											
摘 要		(仮受付の方)		総納付金額		□ 未申告							
		本申請時に添付書類()を添えて提出してください。											
		本申請までに到来する納期につきましては、各納期限までにご納付ください。											
		□ 所得 ≤ 200万円 (7割)											
		□ 200万円 < 所得 ≤ 400万円 (5割)											
		□ 400万円 < 所得 ≤ 600万円 (3割)											
		□ 600万円 < 所得 (1割)											
		∴ 割											
		仮受付印											
		□ 国民健康保険条例施行規則第22条第 項区分()を適用											
		□ 国民健康保険条例第25条の2を適用											
入 力	(/)	職員 確認	□ 添付書類は理由発生後一年間の所得がわかるものになっているか。					交付 金	該当 非該当	受 付			
			□ 申請した月は納付し、申請の翌月以降で調整となることを説明しているか。										
チェック:													