



国民健康保険税減免申請書

年 月 日 大網白里市長 宛 大網白里市国民健康保険税条例第26条第2項の規定により次のとおり申請します。	申 請 者	住所	
		氏名	①
		電話	
納税義務者	住 所		
	氏 名		
課 税 年 度			
納 付 書 番 号			
減 免 事 由	1. 貧困減免（生活保護） 6. 特別減免（所得減少） 2. 貧困減免（一部負担金減免） 7. 特別減免（刑務所等） 3. 災害減免（障害者） 8. 特別減免（児童福祉施設） 4. 災害減免（住宅・家財） 9. 特別減免（債務返済） 5. 災害減免（農作物） 10. 特別減免（市長が定める） ※上記のうち1、2、3、4、5以外の場合は、該当者を記入してください。		
	減 免 事 由 該 当 者	氏 名	該 当 事 由 番 号
減 免 事 由 発 生 日		年 月 日	
減 免 期 間			

※署名した場合は、押印を不要とする。