

別記様式(第4条関係)

国民健康保険税減免申請書【旧被扶養者用】

年 月 日

四万十市長 様

納 税 義 務 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	個 人 番 号	

次のとおり申請します。

旧被扶養者の被保険者記号・番号	
旧被扶養者に該当した年月日	年 月 日
減免を必要とする理由	
納期限及び税額	

- 添付書類・・・旧被扶養者異動連絡票
- この申請により減額される部分
- 旧被扶養者に係る「所得割」の全額

旧被扶養者に係る「均等割」の半額(ただし7割・5割軽減世帯は除く)

旧被扶養者のみで構成される世帯に係る「平等割」の半額(ただし7割・5割軽減世帯は除く)