

国民健康保険料徴収猶予・減免申請書

係長	確認者	担当者

年 月 日

(あて先)  
大津市長

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

区分	猶予・減免	年度	被保険者番号	
1. 理由				
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を交付されている者で 保険料の納付が困難な者				
<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳または被爆者健康手帳を交付されている者で保険料の納付が困難な者				
2. 要件				
<input type="checkbox"/> 世帯主が上記いずれかの手帳を交付されており、その写しが添付できている				
<input type="checkbox"/> その属する世帯の世帯主及び被保険者全員が該当年度の市民税所得割が非課税である				
2. 収入の状況				
氏名		収入年額		内訳
1				
2				
3				
3. 同居家族の状況				
氏名		続柄	年齢	職業・勤務先
1		世帯主		
2				
3				
4				
5				
6				