

新型コロナウイルス感染症の影響等による保険料(税)減免申請書

令和 年 月 日

長和町長 宛
長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所(所在地) 長和町

世帯主

申請者 氏名

印

電話(自宅又は携帯)

長和町の各条例等の規定により、次のとおり減免を申請します。

なお、減免申請に必要な場合に限り、保険者が私及び私の世帯員の所得状況等を取得することに同意します。

申請事由	<input type="checkbox"/> (1) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため 【詳細】 <hr/> <hr/>
------	--

<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <div style="text-align: right; padding-right: 10px;">被保険者名</div>	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <hr/>	
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <div style="text-align: right; padding-right: 10px;">被保険者名</div>	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <hr/>	
<input type="checkbox"/> 介護保険料 <div style="text-align: right; padding-right: 10px;">被保険者名</div>	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <hr/>	

添付書類	国民健康保険税 後期高齢者医療保険料 介護保険料	別紙 1(所得状況等に係る申出書) 別紙 2(振込先金融機関等…後期と介護は被保険者 1 人につき 1 枚。被保険者の人数分必要。)
------	--------------------------------	---

- ※ 申請は一括でお受けしますが、決定通知書は個別に送付いたします。
- ※ 世帯の主たる生計維持者の減収が 30%以上見込めないと減免対象となりません。
- ※ 世帯の主たる生計維持者の令和元年度所得がない場合、減免対象となりません。
- ※ 世帯の被保険者の中に未申告の方がいる場合、減免できませんので先に申告をお願いします。
- ※ 「国保・後期・介護」の被保険者で、申請者と住民票が別世帯の場合は、新たに被保険者名で、減免申請をしていただく必要があります。
- ※ 減免に該当する方は、納付済の保険料(税)が還付となる場合があります。

別紙2 振込先金融機関等について(回答)

(提出先)長和町長
長野県後期高齢者医療広域連合長

※ 用紙が足りない場合、必要枚数をコピーしてください。

振込先金融機関及び口座番号について、下記のとおり回答いたします。

記

①または②のどちらか一方に記入してください。	① ゆうちょ銀行以外の金融機関をご希望の方は下記へご記入ください。								
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行						本店	
		組合						支店	
		金庫						本所	
		農協						出張所	
	口座種別	1 普通			2 当座				
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
	② ゆうちょ銀行をご希望の場合は下記へご記入ください。								
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタの数字)								
	1				0				
	通帳番号(右づめ)								
								1	
	フリガナ								
口座名義人									

記入・押印を お願いいたします	住所	
	氏名	(印)
	電話	

(長和町記入欄)	税目	
	住民コード	