

様式第1号（第3条関係）

大野町国民健康保険税減免申請書

大野町国民健康保険税減免に関する規則に基づき、下記の国民健康保険税の減免を申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

個人番号

大野町長 様

記

減免を受けようとする 年度、納期及び税額	年度 第 期 ～ 第 期 税 額 円
減免を受けようとする 理由	該当する□にチェックし、下記に具体的に理由を記入してください。  新型コロナウイルス感染症の影響により、  <input type="checkbox"/> 世帯の主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入や給与収入などのいずれかが、前年に比べて10分の3以上減少する見込みのため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業等の廃止や失業のため  (具体的な理由)
添付書類	(1) 国民健康保険税の減免に係る実態調書 (2) その他必要な書類

国民健康保険税の減免に係る実態調書

申請者氏名							
申請者現住所		大野町大字					
家族 の 状 況	氏名	続柄	年齢	生年月日	職業	年収(月収)	
		本人					
収 入	給与収入	有・無	円/月		期間	年月～年月	
	年金等	有・無	円/月		期間	年月～年月	
	失業保険	有・無	円/月		給付期間	年月～年月	
	退職金	有・無	円		給付日	年月	
	その他収入	有・無	円		世帯年収見込	円	
資 産	土地	有・無	預貯金	有・無	円		
	家屋	有・無	その他資産	有・無	円		
	退職前の勤務先						
退職又は廃業日 月 日		退職又は廃業事由 解雇・定年・希望・自己都合・倒産・廃業・ その他 ( )					
備考							

様式第2号（第4条関係）

大野町国民健康保険税減免審査結果通知書

令和 年 月 日

様

大野町長 宇佐美 晃三 印

令和 年 月 日付の申請について、下記のとおり決定したので通知します。  
なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日から60日以内に行政不服審査法の規定により町長に異議の申立てをすることができます。

記

審査結果

適 ・ 否

減免をしない理由

減免内容

減免理由

減免期間 令和 年 月 ～ 令和 年 月

<令和 年度分>

減免前税額 円

減免額税額 円

減免後税額 円

様式第3号（第6条関係）

大野町国民健康保険税減免理由消滅申告書

年 月 日付で決定された減免について、下記のとおり減免を受けるための理由が消滅したことを申告します。

年 月 日

住 所

氏 名

大野町長 様

記

減免を受けるための理由が消滅した日 年 月 日

消滅した理由

様式第4号（第7条関係）

大野町国民健康保険税減免取消通知書

年 月 日

様

大野町長



年 月 日付で決定した減免について、下記のとおり取消したので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日から60日以内に行政不服審査法の規定により町長に異議の申し立てをすることができます。

記

取消した減免期間	年	月～	年	月
取消した減免額		円（	年度）	
取消前賦課額		円（	年度）	
取消後賦課額		円（	年度）	
取消理由				