別記様式第1号（第9条関係）

|  |
| --- |
| **新型コロナウイルス感染症の影響による門川町国民健康保険税減免申請書** |
| 年　　月　　日門川町長　　様 | 納税者 | 住所（所在地） |  |
| 氏名（名称及び代表者氏名） | ㊞ |
| 電話番号 |  |
| 下記のとおり減免されたく申請します。 |
| 減免を受けようとする金額等 | 税　目 | 年　度期　別 | 納　期　限 | 税　　額 | **※****軽減又は免除の割合** | **※****減免を受けようとする税額** | 摘　　要 |
| 国保税 |  | R. | 円 |  | 円 |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 国保税 |  | R. |  |  |  |  |
|  |
| 合　　　　　　　計 |  |  |  |  |
| 減免を必要とする理由 |  |
| **※処理欄　　　　　　　　　調査者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞** |
| **※****調****査****結****果** |  |
| 該当事項 | 門川町国民健康保険税の減免に関する取扱規程第　　条　　第　　項　　第　　号 |

**（注）１　※印欄は記入しないでください。**

**２　この申請書には減免を必要とする事由を証する書面等を添付してください。**