

決 裁	部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係 員

国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日 泉 大 津 市 長 様	申 請 者	住 所	泉大津市
		電 話 番 号	()
		氏 名	(世帯主) ㊟
		生 誕 日	大・昭・平・令 年 月 日 生

泉大津市国民健康保険料条例第13条の規定に基づき申請します。

減免を受けようとする保険料額				減 免 を 受 け よ う と す る 理 由
年度	番 号	月 別	保 険 料 額	
令3				1. 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が死亡し、又は重篤な傷病を負った
				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収入が減少した
収入				

処 理 欄	区 分	一 般 医 療	退 職 医 療	一 般 支 援	退 職 支 援	一 般 介 護	退 職 介 護
	減 免 額						

備 考	ケ コロナ減免	20%	※ 処理欄は記入しないでください。	合計	
	コ 独コロナ減免	40%			
		60%			
		80%			
		100%			

所得台帳	賦課台帳	受 付