決裁	部　長	課　長	課長補佐	係　長	主　査	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） 大・昭・平・令　　年　　月　　日　生

泉大津市国民健康保険条例第51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	
				1. 失業や事業の不振　2. 災害で居住住宅に著しい損害
				3. 拘禁されていた　4. その他　↓詳細を（ ）内に記入
				（　　）
所得				

処理欄	区分	一般医療	一般支援	一般介護
	減免額			

備考	
	ア 所得減　　年　　月～　　月 ヶ月　　%
	イ 災害減免
	ウ 拘禁減免
	エ 旧被扶養者減免

※ 処理欄は記入しないでください。

合計	

所得台帳	賦課台帳	受　付