

武蔵村山市長 殿

申請者（納税義務者）

氏 名

※ 申請者本人の署名でない場合は、記名押印してください。

住 所

連絡先

※ 日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

個人番号

武蔵村山市国民健康保険税減免申請書（令和4年度）

国民健康保険税の減免を受けたいので、武蔵村山市国民健康保険税賦課徴収条例施行規則第2条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

記 号 番 号				
	納期又は月	税額	納期又は月	税額
申請の納期又は月				
申請の理由	新型コロナウイルス感染症により、 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡したため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少が見込まれるため 事業等の廃止（無・有） 失業（無・有）			

以下の余白に、世帯主の本人確認書類の写しを添付してください。

のりづけ

【本人確認書類について】以下を参考にしてご添付ください。

1点で確認できるもの	2点で確認できるもの
<ul style="list-style-type: none"><li>・運転免許証</li><li>・マイナンバーカード（顔写真付き）</li><li>・パスポート ・在留カード</li><li>・障害者手帳（身、精、療）</li><li>・その他顔写真付き身分証明書（国又は地方公共団体の機関が発行したもの）など</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・被保険者証（国民健康保険、健康保険、後期高齢者医療又は介護保険）</li><li>・年金手帳、年金証書</li><li>・その他国又は地方公共団体の機関が発行した書類で、氏名及び出生の年月日又は住所が記載されているものなど</li></ul>