様式第８号（第５条関係）

国民健康保険税減免申請書（旧被扶養者用）

　　年　　月　　日

　　八頭町長　　　　様

申請者　住所

　　　　　 （納税義務者）

氏名

電話番号

　八頭町国民健康保険税条例第２６条及び八頭町国民健康保険税の減免に関する規則第５条の規定により、次のとおり　　　　年度国民健康保険税の減免を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 旧被扶養者住所 |  | 氏 名 |  |
| 減免申請の事由 | 八頭町国民健康保険税の減免に関する規則第２条第１項第５号に規定される旧被扶養者に該当するため。 |
| 備考 |  |

※被用者保険から旧被扶養者が国民健康保険に加入する場合は、被用者保険が発行した「資格喪失連絡票」を添付してください。また、他市町村からの転入により国民健康保険に加入する場合は、前住所地市町村が発行する「旧被扶養者異動連絡票」を添付してください。なお、提出済みの場合は添付不要です。また、減免の適用となる２年度目の申請は不要です。