様式第２号（第５条関係）

国民健康保険税減免収入状況等申告書

　　年　　月　　日

八頭町長　　　　様

申請者　　　住所

（納税義務者）　氏名

私の世帯の収入状況等について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一世帯員の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業・勤務先等 | 本年度見積金額 | 前年所得金額 | 備考 |
| 収入 | 所得 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住居の状況 | 持ち家・借家・その他（　　　　　　　　　　　　　） | 家賃 | 円 |
| 資産の状況 | 有・無 | 資産の内容 | 評価額 |  |
| 土地 | 円 |
| 家屋 | 円 |

《減免を必要とする事由》

１　災害関係

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 損害の原因 |  | 損害年月日 |  |
| 損害を受けた資産 | 損害を受けた資産の額 | 損害割合 |
|  | 円 |  |

２　所得減少（失業・廃業等、疾病又は傷害、死亡）

|  |
| --- |
| （具体的事由と発生年月日等） |

３　受診状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養者氏名 | 区分 | 医療機関名称 | 傷病名 | 発生年月日 |
|  | 入院・通院 |  |  |  |
|  | 入院・通院 |  |  |  |
|  | 入院・通院 |  |  |  |
| 医療費自己負担額 | 月平均負担額 | 年間負担見込額 | 高額療養給付費等 |
|  |  |  |