

## 国民健康保険料減免申請書

阪南市長 様

年 月 日

住 所 阪南市

申請者 氏 名 (世帯主) ⑩

被保番

電 話 ( ) -

年度国民健康保険料の減免を申請します。

(世帯主を含む被保険者)

氏 名	生 年 月 日	続 柄	個 人 番 号
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		

※ 減免事項の2つ以上に該当するときは、減免の割合の大きいものを適用します。

※ 所得減少の減免を申請した場合、申請後、収入状況に変化があった際、必ず届け出て  
ください。届出を行わない場合は後日減免を取り消すことがあります。

※ 減免適用後に世帯構成に変更があった場合は、減免額が変更となります。  
また減免は世帯主に適用されるため、世帯主が変更となる場合は再度申請が必要です。