

## 記入上の注意

- ①網かけがされている部分は、記入の必要はありません。
- ②申請にあたっては、「被災証明書(写し可)」の添付が必要です。  
添付がもれると、減免の審査が出来ませんので、必ず添付してください。

国民健康保険税 東日本大震災 介護保険料		減免申請書		<small>担当課で記入いたしますので、ご記入は不要です。</small> 宛名番号 国保通知書番号												
福島市長		令和3年〇〇月〇〇日														
申請者		住所 福島市五老内町3-1		氏名 国保 太郎												
		生年月日 明・大 50年 1月 1日		連絡先 024-535-1111												
東日本大震災による被災者に対する（国民健康保険税・介護保険料）の減免について、減免事由に該当することから、市町村長が発行する被災証明書を添えて下記のとおり記 申請者について記入してください。																
減免を受けようとする税目等（※該当税目等をチェックしてください）																
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険税 世帯主氏名 国保 太郎 住所 福島市五老内町3-1																
年度	徴収区分と納期								税額(円)							
	特別徴収(月)				普通徴収(期)											
	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8		
	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8			
	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8			
	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8		
3	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 主たる生計維持者氏名 国保 太郎 住所 福島市五老内町3-1																
被保険者氏名、生年月日 被保険者番号	年度	徴収区分と納期								保険料額(円)						
		特別徴収(月)				普通徴収(期)										
① 国保 一郎 明・大 20・4・1 昭・平 1 2 3 4 5 6 7	31	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8	
	2	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8	
	3	4	6	8	10	12	2	1	2	3	4	5	6	7	8	
②	31	4														
	2	4														
	3	4														
減免を受けようとする事由（※該当）																
<input type="checkbox"/> ① 原子力災害対策特別措置法の規定による指示の対象 <input checked="" type="checkbox"/> ② 特定避難勧奨地点に指定され現在避難している																
旧居住制限区域等については、上位所得層を除く世帯が減免対象になります。																
※既にご納付いただいた税・保険料の額が、減免承認後の額より上回った場合、口座振込によりお返しします。 裏面の過誤納金還付金振込口座記載欄の記入をお願いします。																

今回の減免申請をされたことにより、既に納付いただいた税・保険料の額が減免承認後の額より上回った場合、口座振込によりお返しいたします。裏面の記入がもれると、手続きが別になり、お返しするまでにお時間をいただくようになります。

### 東日本大震災減免申請にかかる過誤納金還付金振込口座記載欄

今回の減免申請によって、税・保険料の額に過誤納額が発生した場合の還付金については、下記口座への振り込みを依頼します。

- ※1 該当する税目等を○で囲んでください。(複数○囲み可)
- ※2 介護保険料分については、被保険者ごとにご指定ください。

<対象税目等> **国民健康保険税** ・ 介護保険料 (被保険者氏名: \_\_\_\_\_)

金融機関名		種別	口座番号							
福島	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張	普通							
口座名義人										
フリガナ	コクホ タロウ									
氏名	国保 太郎									

あてはまる税目等を○で囲んでください。

①国民健康保険税・介護保険料とも同じ名義人で記載される場合は、両方を○で囲んでください。  
②介護保険料の減免申請をされる場合は、減免を受けようとする方全員の口座の記載が必要です。

<対象税目等> 国民健康保険税 ・ **介護保険料** (被保険者氏名: 国保 一郎)

金融機関名		種別	口座番号							
五老内	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	普通 口座	9	8	7	6	5	4	3
口座名義人										
フリガナ	コクホ イチロウ									
氏名	国保 一郎									
		金融機関コード								
		店舗コード								

本人以外の口座に振込を希望する場合は下記の委任状を記入してください。

<委任状>

税・保険料過誤納金還付金の受領を下記の者に委任します。

受任者住所 \_\_\_\_\_

受任者氏名 (口座名義人) \_\_\_\_\_

還付金受領権者との関係 \_\_\_\_\_

- 注意
- 1 原則として、減免対象となるご本人名義の口座をご記入ください。
  - 2 2名以上対象者がある場合、この用紙をコピーしていただくか、別途ご連絡をお願いします。