

# 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。

(様式第1号)

国民健康保険税 減免申請書  
介護保険料

東日本大震災

令和 6年 〇月〇〇日

福島市長

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

申請者

被災当時の  
住民票上の住所  
(※被災証明書と住所が同じ場合は、□にチェックしてください。)

申請者について記入してください。

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申請します。

記

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)

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

減免を受けようとする税目等に「✓」をつけてください。	徴収区分と納期	
	特別徴収(月)	普通徴収(期)
1	8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7
2	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7
3	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7
4	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7
5	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7
6	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7

被災当時、被災証明書と同じ住所に住んでいた場合は、□にチェックを入れてください。  
減免を受ける方で、被災証明書と異なる場所に住んでいた方がいる場合は、当時の被災場所の住所をご記入してください。

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	4	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	
	5	4		
	6	4		
② 明・大 . . 昭・平 . .	4	4		
	5	4		
	6	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	

介護保険料は、65歳以上の方が対象です。  
介護保険料がかかっている方一人一人を減免いたしますので、減免を受けようとする方全員の氏名と生年月日を記入してください。

減免を受けようとする事由

東日本大震災原子力災害の被災者

令和6年度分の減免は、帰還困難区域及び令和5年4月2日から令和6年3月31日までに指定が解除された旧特定復興再生拠点区域以外は、上位所得層の被保険者（世帯）を除きます。

※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、口座振込によりお戻しします。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、口座振込によりお戻しいたします。裏面の記入がもれると、手続きが別に必要となり、お返す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

還付する（お戻しする）金額が発生した場合、下記の振込口座欄にご記入いただいている方については還付手続きが省略できます。（国民健康保険税で口座振替となっている方はその口座に還付いたしますので、記入不要です。）

◆今回の減免申請によって、税・保険料に過誤納金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。

<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。

<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 太郎）

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 出張所			
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 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							金融機関コード			
氏名	国保 一郎							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。>

委任者名： \_\_\_\_\_ 受任者氏名（口座名義人）： \_\_\_\_\_

受任者住所： \_\_\_\_\_ 受領権者との関係： \_\_\_\_\_

【お問合せ先：国保年金課 国保資格係 024-525-3735 介護保険課 介護資格係 024-525-6551】