

**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**  
**東日本大震災 介護保険料**

←担当課で記入いたしますので、ご記入は不要です。  

宛名番号									
国保通知書番号									

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  
昭・平 **50** 年 **1** 月 **1** 日  
連絡先 **024-535-1111**

申請者

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**を添えて下記に記入してください。  
**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)

**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	
	4 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	
	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	
6	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	

減免を受けようとする税目等に「✓」をつけてください。

**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 <b>国保 一郎</b> <small>明・大 昭・平</small> <b>20 . 4 . 1</b> <b>1 2 3 4 5 6</b>	4	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	
	5	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	
	6	4 6 8 10 12 2	1 2 3 4 5 6 7 8	
② <small>明・大 昭・平</small> . .	4	4		
	5	4		
	6	4		

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** (※該当する事由をアスタリスクをつけてください)  
 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、令和5年度以降に解除された特定復興再生拠点区域以外は、上位所得層の世帯を除きます。

※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、手続きが別に必要となり、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

【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： 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 支所 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 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		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。

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名以上対象者がいる場合、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。