

様式第1号（第3条関係）

令和 年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者

住所 六ヶ所村大字\_\_\_\_\_字\_\_\_\_\_

世帯主名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

連絡先 \_\_\_\_\_

旧被扶養者に係る国民健康保険税減免申請書

私は下記の条例・事由により、国民健康保険税を軽減して下さるよう申請します。

条例

六ヶ所村国民健康保険税条例第24条の3第1項第3号および旧被扶養者に係る国民健康保険税の減免に関する要綱による

申請事由

私が、社会保険被保険者から後期高齢者医療制度に移行し、65歳以上である世帯員（氏名：\_\_\_\_\_）が国保資格を取得し、旧被扶養者となりますので、国保資格を取得した日の属する月以降当分の間、旧被扶養者の所得割・資産割を免除、7割・5割軽減に該当する場合を除いて、均等割を半額（旧被扶養者だけの世帯の場合、平等割も半額）に減額願います。