

令和6年能登半島地震による国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料減免申請書

七尾市長

令和 年 月 日

申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 - - 電話番号 - -		
申請区分		<input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料	<input type="checkbox"/> 介護保険料
世帯構成	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - - 電話番号 - -		
		氏名	生年月日	被保険者番号
	① 世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
	② 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
	③ 被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
	④ 被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日	
⑤ 被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西 年 月 日		
主たる生計維持者		<input type="checkbox"/> ①に同じ <input type="checkbox"/> ②に同じ <input type="checkbox"/> ③に同じ <input type="checkbox"/> ④に同じ <input type="checkbox"/> ⑤に同じ		
申請理由	令和6年能登半島地震により 1 <input type="checkbox"/> 住家が全半壊、全半焼したため。 ※転入者は申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 全壊(長期避難世帯を含む。) <input type="checkbox"/> 半壊・中規模半壊・大規模半壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 2 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、若しくは障害者となり(介護保険料のみ)、 又は重篤な疾病(1か月以上の治療を要するとの診断を受けたもの)を負ったため。 3 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者(又は主たる生計維持者以外の被保険者)の行方が不明なため。 4 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等の減少(事業の廃止や失業※を含む。)が見込まれるため。 ※ 国民健康保険税においては、非自発的失業軽減制度の対象者を除く。			
申請者確認事項(下記の内容をご確認の上、チェックしてください。) <input type="checkbox"/> 減免決定に必要な世帯等の税額等の情報について関係機関に対し調査することを承諾します。 <input type="checkbox"/> 申請内容は、令和6年能登半島地震の影響によるもので間違いありません。				

申請をする際には、必要に応じて次に掲げる書類を添付してください。

申請理由	添付書類
住宅の全半壊、全半焼した場合	り災証明書等
主たる生計維持者が死亡・重篤な疾病を負った 障害者となった(介護保険料のみ)・行方不明	死亡診断書・医師の診断書 障害者手帳・行方不明届の写し
主たる生計維持者以外の被保険者が行方不明 (国民健康保険税・後期高齢者医療保険料のみ)	行方不明届の写し
主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる場合	公的に交付される書類で、事実の確認が可能なもの ・税務署に提出する廃業届、異動届の控え等 ・雇用保険の受給資格者証 ・事業主等による証明書 ・(別紙)収入状況申立書

裏面へ

【七尾市記入欄】

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

	国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険
入力			
日付	/	/	/

口座振込依頼書

減免された保険料等について過誤納還付金が発生した場合は、下記の口座に振込みくださるよう依頼します。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座		

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座		

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座		

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座		

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通		フリガナ
	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座		

◆ 決定通知書送付先を記入してください。

申請者 被保険者 世帯主

その他

宛 名	〒	-
住 所		-
電話番号	()

委任状

令和 年 月 日

七尾市長

【被保険者(国民健康保険税においては世帯主)】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

私は、下記の者を代理人と定めて次の権限を委任します。

- 1 国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、介護保険料の減免に関すること。
- 2 その他、この申請に係る一切の権限

【代理人(申請者)】

住 所 _____

氏 名 _____