

令和3年度 新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険税減免申請書

宇都宮市長 あて

新型コロナウイルス感染症の影響で次の申請理由に該当し、国民健康保険税の納付が困難となりましたので、減免を申請します。なお、以下の内容に相違はありません。

申請年月日 令和3年7月29日

世帯主氏名	国保 太郎												本人自署								
被保険者証記号番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所・連絡先	〒320 - 8540 (日中連絡がとれる連絡先: TEL 028 - 632 - 2323)												宇都宮市旭1-1-5								

↑書類等に軽微な不備があった場合、確認のご連絡をしますので、日中つながる電話番号をご記入ください。

① 申請理由 (該当項目を○で囲んでください。)

添付書類(該当箇所)に☑してください ※写し

1	世帯主が死亡または重篤な傷病を負ったため	<input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書
2	国保に加入している世帯主が事業を廃止したため	新型コロナウイルスの影響によるものとわかる書類 <input type="checkbox"/> 廃業等届出書 <input type="checkbox"/> その他
3	国保に加入している世帯主が失業したため	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 (なければ下記) <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 退職証明書 <input type="checkbox"/> 解雇通知書 <input type="checkbox"/> その他
④	世帯主の収入減少が見込まれるため 世帯主の収入状況を記入してください。 (経費や控除分を差し引かない金額)	令和2年分の <input checked="" type="checkbox"/> 確定申告書 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 令和3年分の申請時点までの <input checked="" type="checkbox"/> 帳簿 <input type="checkbox"/> 給与明細書等 <input checked="" type="checkbox"/> 令和2年及び令和3年に支給された給付金等の決定通知書や明細書、振込口座の通帳などの写し

月別内訳	令和2年の収入 (円)				令和3年の年間収入見込 (円)			
事業収入等	給与	事業	不動産	山林	給与	事業	不動産	山林

1月		700,000			400,000			
2月		600,000			300,000			
3月		300,000			300,000			
4月		300,000			200,000			
5月		300,000			200,000			
6月		400,000			300,000			
7月		400,000			300,000			
8月		400,000			300,000			
9月		500,000			300,000			
10月		500,000			300,000			
11月		500,000			300,000			
12月		600,000			400,000			
年合計		5,500,000			3,600,000			

申請時点までの月別の収入実績(経費や控除分を差し引かない金額)を記入してください。(収入減少により受け取った保険金・損害賠償金・各種給付金等の額を除く。)

実績以降の見込みを記入してください。(収入減少により受け取った保険金・損害賠償金・各種給付金等の額を除く。)

正当な理由がなく収入の見込みが過少な場合(令和3年前半の実績の平均値を下回る場合等)は、却下の対象となります。

各種給付金は収入には含まれません。ただし、決定通知書や所得内訳欄を含む確定申告の写し等を添付してください。

確定申告書Aの給与(ア)の金額、確定申告書Bの給与(カ)、事業(ア)、不動産(ウ)、山林(ニ)の金額、給与(源泉徴収票)の支払金額をご記入ください。

保険金、賠償金等で補填される金額	R2年 <input type="checkbox"/> 有( )円 <input checked="" type="checkbox"/> 無	給付金 (持続化給付金等)	R2年 <input type="checkbox"/> 有( )円 <input type="checkbox"/> 無
	R3年 <input type="checkbox"/> 有( )円 <input checked="" type="checkbox"/> 無		R3年 <input type="checkbox"/> 有( )円 <input type="checkbox"/> 無

令和2年からの減少率 (同じ収入の種類での比較となります。)	%	34.5%	%	%
減少率30%以上の収入が減免の対象になります。				

収入減少の理由	宴会控えにより大口客が減ったため、収入が減少している。	現在の状況	昨年と同様な状況。
---------	-----------------------------	-------	-----------

新型コロナの影響を収入(職業)との関連性関連性が分かるように記載してください。

② 世帯の状況

確定申告書Aの⑧所得の合計、確定申告書Bの⑫所得の合計、分離課税の所得も含む、源泉徴収票の給与所得控除後の欄の金額をご記入ください。

氏名	続柄	年齢	職業	令和2年分の所得※	令和3年の収入見込み
国保太郎	主	45	飲食業	2,800,000 円	3,600,000 円
国保花子	妻	43	パート	0 円	500,000 円
国保一郎	子	20	学生		
				円	円

確定申告書Aの⑧所得の合計、確定申告書Bの⑫所得の合計、分離課税の所得も含む、源泉徴収票の給与所得控除後の欄の金額をご記入ください。

令和2年分の世帯の合計所得金額	2,800,000 円	【裏面に続く】
-----------------	-------------	---------

**確認事項**（□の部分に確認をお願いします。）

以下を御確認いただいた上で、申請してください。

令和2年分の所得が未申告の場合は審査ができません。

**未申告の方は所得の申告（確定申告等）を済ませてから申請をしてください。**

申請書の提出の際は、記入もれや必要書類の添付もれ等がないよう十分に御確認をお願いします。

申請書に不備があった場合は、御連絡する場合があります。連絡がつかない場合は書類を返却します。

納期限を過ぎた国民健康保険税は対象となりませんので、お早めに申請してください。

申請ができなかったやむをえない事情がある場合を除き、原則として、申請書の受理日が属する納期から減免の対象となります。

る納期限までに申請していただく必要があります。

例：7月中に提出 ⇒第1期分（8/2納期限・口座振替日）からの減額更正

8月中に提出 ⇒第1期分を差し引き第2期分～第8期分で減額調整

※ 納付方法が口座振替の方については、減免決定前の税額で口座振替になることがありますが（1期分については、第1期分又は全期前納分が8/2に口座振替）、減免が決定次第、残りの期で調整又は還付します。

減免決定（却下）通知書が送付されるまで、1～2カ月の期間を要します。

減免決定通知書が届くまでは、納期限が到来する保険税の納付をお願いします。

納期限経過後に未納となっている場合は督促状が送付されますので御了承ください。

加入者の異動や前年中の収入額等が変更になった場合、減免の取消しや減免額の変更を行うことがあります。

虚偽の内容を記載して減免を受けた場合は、減免が取消しになる場合があります。

減免により保険税の還付が生じる場合があります。ただし、保険税に未納がある場合は、滞納分に充当します。

● **還付が生じた場合の還付方法を下記より選択してください。**

口座振替の口座に還付

希望の口座に還付

充当を希望

**【後期高齢者医療保険や介護保険に加入されている方】**

後期高齢者医療保険料や介護保険料が減免の対象となる場合があります。

すでに減免申請書（後期高齢者医療保険料、介護保険料）で添付書類を提出済みの場合は、添付書類の写しの取得に同意いただくことにより、この申請に係る添付書類を省略できます。（内容により、別途、書類の提出を求める場合があります。）希望される方は下記に御記入ください。

～同意について（添付書類の写しの取得）～

私は、国民健康保険税の減免申請のため、下記の申請で提出した添付書類の写しを取得することに同意します。

申請者署名 **国保太郎**

すでに申請した種類 該当に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。	申請日	提出済みの添付書類(申請理由が分かる書類) 該当に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料の減免	令和 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 理由発生が分かる書類
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料の減免	令和 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 収入の減少又は資産の損失が分かる書類 <input type="checkbox"/> その他( )

**新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため申請は郵送でお願いします。**