

国民健康保険税減免申請書

	年度	第 期	円
納 税 義 務 者	住 所	松浦市 町 免 番地	
	氏 名	(電話番号)	
減免を受けようとする理由（くわしく書いてください。）			
<p>上記のとおり国民健康保険税の減免をしてくださるよう、松浦市国民健康保険税条例第25条第2項の規定により、証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者住所 松浦市 町 免 番地</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 Ⓜ</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号</p> <p style="margin-left: 40px;">個人番号 </p> <p>松浦市長 様</p>			

※ この申請書は、納期限7日前までに提出してください。

同意書

私は、市税等納付困難につき減免申請書を提出しておりますので、私の世帯に関して松浦市長が行う地方税法第298条（徴税吏員の質問検査権）に基づく一切の調査に同意します。

年 月 日

住 所 松浦市 町 免 番地

氏 名 印

松 浦 市 長 様

本年所得見込額申告書

年 月 日

住 所 松浦市 町 免 番地

氏 名

氏 名				
所得の種類				
1月				
2月				
3月				
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
計				

この申告書の書き方

1. あなたの属する世帯の所得額（所得の種類が給与又は公的年金の場合は収入額）を毎月ごとに記入して下さい（国保に加入していない方も含みます。）。
2. 2種類以上の所得を有する方は種類ごとに記入して下さい。
3. この申告書記入日より前の月は実績額を記入して下さい。また記入日以降の月は見込み額を記入して下さい。

この申告書の提出期限は 年 月 日です。

提出先 松浦市役所税務課市民税係