

様式第 7 0 号(第 2 3 条関係)

国民健康保険税減免申請書					
年 月 日					
福井市長 あて					
住所 福井市					
申請者 (世帯主) 氏名					
連絡先					
福井市市税賦課徴収条例第 1 3 0 条第 2 項の規定により、 年度分の国民健康保険税の減免を申請します。					
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	井 福 — —				
減免を受けようとする事由	原 因	1 災 害 () 2 所得の激減 () 3 収 監 () 4 生活保護 () 5 旧被扶養者 () 6 そ の 他 ()			
	発 生 年 月 日	年 月 日			
事由を証する 添 付 書 類					
減免を受けようとする税額	保 険 税 額			円	
	第 1 期	円		第 2 期	円
	第 3 期	円		第 4 期	円
	第 5 期	円		第 6 期	円
	第 7 期	円		第 8 期	円
摘 要					受 付