

本市 使用 欄	宛名 番号	審査1	審査2	承 不	入力日	発送日	D	受付印
	記号 番号						受付 郵	
				介 文	後			

様式第1号(第11条関係)

国民健康保険税減免申請書(感染症減免用)

(宛先) 前 橋 市 長

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

国民健康保険税(以下「国保税」という。)について、前橋市国民健康保険税条例第16条第2項の規定により、下記のとおり減免を申請します。
 ※ 当申請書における感染症とは、「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)」のことを指します。

1 申請者(本申請書を記入・提出する方)について記入してください。

氏名		生年月日	大・昭 平		年		月		日
住所							電話 番号		

2 国保税の納税義務者(住民票上の世帯主)について記入してください。

※ 上記の申請者と同じ場合は、記入不要です。
 ※ 2に該当する方を、以下では「**納税義務者**」と記載します。また、納税義務者を世帯主とする世帯を、以下では「**当該世帯**」と記載します。

氏名		生年月日	大・昭 平		年		月		日
住所							電話 番号		
申請者との続柄・関係									

3 主たる生計維持者について記入してください(必ず記入してください)。

氏名		生年月日	大・昭 平	年	月	日
住所			電話番号			

該当する記号を○で囲んでください。

A	納税義務者(上記2に該当する方)
B	当該世帯の世帯員のうち、令和元年中の収入が最も多かった者
C	当該世帯の世帯員のうち、令和元年中の収入がBの同収入の8割以上だった者
D	単身赴任世帯の単身赴任者等で、当該世帯の生計を事実上維持している当該世帯の世帯員の親族
E	DV被害者等の支援措置世帯の生計を事実上維持している当該世帯の世帯員の親族

※ 上記3に該当する方を、以下では「主たる生計維持者」と記載します。

4 減免区分

該当する記号を○で囲み、それぞれの指示に従って先に進んでください。

A	主たる生計維持者が、感染症に罹患し、死亡した。 → 下記6に進んでください。
B	主たる生計維持者が、感染症に罹患し、重篤な傷病を負った。 → 下記6に進んでください。
C	感染症の影響により、主たる生計維持者の令和2年の収入が、令和元年の収入よりも減少することが見込まれる。 ※ 解雇等により離職し、非自発失業者の国保税軽減制度が適用できる場合は、原則、感染症減免を適用できません。 → 下記5に進んでください。

5 当該世帯の収入等について記入してください。

(1) 主たる生計維持者の収入の減少率の算出

収入の種類ごとに、令和2年と令和元年の収入を比較し、年間収入の減少率を算出します。

主たる生計維持者の令和2年の収入のうち、令和元年に比べ、**年間で3割以上の減少が見込まれる収入(下表の年間収入の減少率が30%以上となる収入)**についてのみ、記入してください。

(単位:円)

事業収入	1月	2月	3月	4月	5月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	6月	7月	8月	9月	10月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	11月	12月	補填額	年間収入	年間所得
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込		
減少率					

(単位:円)

不動産収入	1月	2月	3月	4月	5月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	6月	7月	8月	9月	10月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	11月	12月	補填額	年間収入	年間所得
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込		
減少率					

(単位:円)

山林収入	1月	2月	3月	4月	5月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	6月	7月	8月	9月	10月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	11月	12月	補填額	年間収入	年間所得
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込		
減少率					

(単位:円)

給与収入	1月	2月	3月	4月	5月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	6月	7月	8月	9月	10月
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込	実績・見込
減少率					
	11月	12月	補填額	年間収入	年間所得
令和元年					
令和2年	実績・見込	実績・見込	実績・見込		
減少率					

いずれか1つ以上の収入において、年間収入の減少率が30%以上となった場合は、このまま記入を進めてください。年間収入の減少率が30%以上となる収入がない場合は、感染症減免は、適用できません。

(2) 令和元年の合計所得金額

当該世帯の納税義務者、主たる生計維持者及びその他の国民健康保険被保険者の合計所得金額を記入してください。

			令和元年の合計所得金額
納税義務者			円
主たる生計維持者 (納税義務者と同じ場合は、記入不要です。)			円
その他の当該世帯の国民健康保険被保険者			
①	氏名		円
②	氏名		円
③	氏名		円
④	氏名		円
⑤	氏名		円
⑥	氏名		円
⑦	氏名		円
⑧	氏名		円
⑨	氏名		円
⑩	氏名		円
合 計 額			円

【主たる生計維持者の令和元年の合計所得金額】が1,000万円を超えていた場合は、感染症減免は、適用できません。

また、【主たる生計維持者の令和元年の合計所得金額】から、【上記5(1)で年間収入の減少率が30%以上だった収入の、令和元年の年間所得の合計額】(※)を引いた額が400万円を超えていた場合は、感染症減免は、適用できません。

※ 上記5(1)で年間収入の減少率が30%以上だった収入が複数ある場合は、それぞれの年間所得を足しあげたもの。

(3) 収入の減少に関する感染症の影響

収入減少の原因となった感染症の影響について、該当する記号を○で囲んでください。

A	感染症の感染拡大防止のための外出自粛等により、客が減った。
B	感染症の感染拡大防止のため、営業を自粛した。
C	感染症の感染拡大防止のため、勤務時間が減った。
D	感染症の影響により、取引先との契約が解除、不履行等になった。
E	感染症の影響により、給料が減らされた。
F	感染症の影響により、就職先が見つからない。又は、採用を取り消された。
G	その他(下の欄に感染症の影響の内容を簡潔に記入してください。)
H	感染症の影響により、解雇され、非自発的失業者の国保税軽減制度の対象になる。 → 感染症減免適用不可

6 申請が令和2年8月1日以後になった場合、その理由を申告してください。

※ 申請書の提出が令和2年8月1日以後になる場合のみ、該当する記号を○で囲んでください。

A	8月1日以後になってから、感染症で死亡又は重篤な傷病を負ったため
B	感染症の罹患又は感染拡大防止のため、外出を自粛していたため
C	感染症の感染拡大防止のための営業自粛等により、令和2年の収入の算出に時間を要したため
D	客足の回復の遅れ、休業等、令和2年の収入見込み額を減少させる事実が発生し、最近になって見込み額を下方修正したため
E	その他(下の欄に申請が令和2年8月1日以後になった理由を簡潔に記入してください。)

7 添付書類

次の書類を申請書に添付し、下記8の提出先に郵送してください。また、添付した書類の記号を○で囲んでください。

※ 添付書類は、下記のとおり、写しの提出を求めます。提出されたものは返却しませんので、原本を提出しないよう注意してください。

※ 複数の添付書類を、1枚の紙にまとめて写しをとることができる場合は、まとめて構いません。

(1) 主たる生計維持者が死亡した場合(上記4でAを選択した場合)

A	感染症により死亡したことが分かるもの(死亡診断書の写し等)
---	-------------------------------

<主たる生計維持者が納税義務者だった場合>

B	申請者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)
C	法定相続人のうち、どなたか1人の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等) ※ 申請者が法定相続人の場合は、不要です。
D	C該当者(法定相続人)が、主たる生計維持者の法定相続人であることが分かるもの(戸籍謄本の写し等) ※ C該当者が、主たる生計維持者の配偶者又は子で、生前、前橋市の住民登録上、同一世帯にいた場合は、不要です。

<主たる生計維持者が納税義務者以外の方だった場合>

E	納税義務者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)
F	申請者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等) ※ 申請者が納税義務者の場合は、不要です。

(2) 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合(上記4でBを選択した場合)

G	納税義務者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)
H	申請者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等) ※ 申請者が納税義務者の場合は、不要です。
I	感染症に罹患し、治療期間が1か月以上継続していることが分かるもの(診断書の写し等) 又は 感染症に罹患し、入院したことが分かるもの(診断書の写し等)

(3) 主たる生計維持者の収入が減少する見込みの場合(上記4でCを選択した場合)

J	納税義務者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)
K	申請者の顔写真の付いた身分証の写し(運転免許証、マイナンバーカード等) ※ 申請者が納税義務者の場合は、不要です。
L	上記5(1)で記入した令和元年の月間収入、年間収入及び年間所得が分かるもの(確定申告書第一表、第三表、青色申告決算書、給与明細書等の写し)
M	上記5(1)で記入した令和2年の月間収入が分かるもの(実績額については、売上台帳等収入を管理する帳簿、給与明細書等の写し。見込み額についてご自身で算出した場合は、その計算方法の概要が分かるもの)
N	上記5(1)で記入した令和2年の補填額が分かるもの(企業保険の保険金給付関係書類、損害賠償関係書類等の写し)
O	上記5(2)で記入した合計所得金額が分かるもの(Lと同じものである場合は、不要です。)
P	感染症の影響で、廃業又は失業した場合は、それを証明するもの(廃業等届出書、解雇通知等の写し)
Q	上記3で、D又はEを選択した場合のみ、当該世帯の世帯員と主たる生計維持者との親族関係が分かるもの(戸籍謄本等の写し)
R	上記3で、D又はEを選択した場合のみ、主たる生計維持者が当該世帯の生計を維持していることが分かるもの(通帳の送金記録部分、公共料金の引落とし口座が分かるもの等の写し)

※ このほか、申請内容について不明な点があった場合は、別途書類の提出をお願いする場合があります。

8 提出先

〒371-8601
前橋市大手町二丁目12番1号
前橋市役所 国民健康保険課賦課係

電話番号 (直通)027-898-6250
(代表)027-224-1111 (内線 2969 又は 3250)

9 その他注意事項

- ・ 減免審査において必要がある場合は、市が税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることありますので、ご承知おきください。
- ・ 申請に偽り・不正があった場合は、減免を取り消すことがあります。
- ・ 感染症減免適用後、非自発失業者の国保税軽減制度が適用できることが判明した場合は、感染症減免を取り消し、非自発失業者の国保税軽減制度を適用します。