

後期高齢医療制度への移行に伴う国民健康保険税減免申請書(旧被扶養者用)

土佐町長 様	○年 ○月 ○日								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 世帯主の住所、氏名、フリガナ、電話番号をお書きください </div>									
納付義務者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">住所</td> <td style="text-align: center;">土佐郡土佐町土居194番地</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">フリガナ</td> <td style="text-align: center;">トサチヨウ タロウ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td style="text-align: center;">土佐町 太郎</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">電話番号</td> <td style="text-align: center;">0887-82-2500</td> </tr> </table>	住所	土佐郡土佐町土居194番地	フリガナ	トサチヨウ タロウ	氏名	土佐町 太郎	電話番号	0887-82-2500
住所	土佐郡土佐町土居194番地								
フリガナ	トサチヨウ タロウ								
氏名	土佐町 太郎								
電話番号	0887-82-2500								
次のとおり申請します。									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 旧被扶養者該当年月日・対象者の氏名を記入してください。(複数記入可) </div>									
旧被扶養者に該当した年月日	○年 ○月 ○日								
旧被扶養者氏名	土佐町 花子								
<p>【申請内容】</p> <p>後期高齢者医療制度創設に伴い緩和(減額)措置の対象世帯に該当するため、土佐町国民健康保険税条例第25条の規定により減免の申請をします。</p>									

添付書類

- 1.被用者保険の保険者が発行する「資格喪失証明書」等の書類(既に土佐町に提出済の場合は不要)
- 2.旧被扶養者移動連絡票(他市町村からの転入により資格を取得したもの)
- 3.対象者の本人確認書類