

処 理			
決定通知 番 号	徴収台帳	調 査	受付年月日

国民健康保険料 減 額 申請書 免 除			
被 保 険 者 記号・番号	綾	減額または免除を受けようとする 保険料の年度及び月の区分	年 月分
保 険 料 金 額	円		
保 険 料 の 減 額 ・ 免 除 理 由	<p>旧被扶養者該当のため          ※旧被扶養者＝被用者保険の被扶養者で、被保険者が後期高齢者          医療制度に移行することにより被扶養者を除外され、国保資格          取得日において65歳以上の者。</p> <p>旧被扶養者 氏 名 _____          生年月日 _____</p> <p>旧扶養者 氏 名 _____          生年月日 _____</p>		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>綾 部 市 長 様</p> <p>納付義務者 住 所 _____          氏 名 _____          電話番号 _____          個人番号 _____</p>			
※ 減額・免除を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。			