様式第16号（第18条関係）

国民健康保険料　減免／免除　申請書

年　　月　　日

申請者　住　　所　　島本町

世　帯　主

個人番号

電話番号

島本町国民健康保険条例第24条の規定により、下記のとおり申請します。

被保険者証 記号・番号	島国　第　　号			
世帯の状況	氏　　名	続柄	年齢	個　人　番　号
減免・免除 申請期間	年　　月から　　年　　月まで			
保険料金額	円			
減免内訳	(医療分) 所得割額　　%　　円 均等割額　　%　　円 平等割額　　%　　円 (後期支援金分) 所得割額　　%　　円 均等割額　　%　　円 平等割額　　%　　円		(介護分) 所得割額　　%　　円 均等割額　　%　　円 平等割額　　%　　円 計　　円	
保険料減免後金額	円			
申請理由				
該当事項	1　島本町国民健康保険条例第24条第1項　第1号 ア　災害世帯 イ　生活困窮世帯 ウ　所得減少世帯 2　島本町国民健康保険条例第24条第1項　第2号(旧被扶養者所属世帯) 3　国民健康保険法第59条（給付制限世帯） 4　その他			