様式１

国民健康保険料　減額／免除／徴収猶予　申請書（旧被扶養者減額用）

京都市国民健康保険条例附則第５項の規定により、下記のとおり、旧被扶養者減額を申請します。

(宛先)京都市　　区長

年　　月　　日

住　　所
世帯主
氏　　名

電　話（　　－　　－　　）

被保険者記号・番号	京　　－
旧被扶養者氏名	
旧被扶養者該当日	年　　月　　日
旧被扶養者減額対象期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

（注）１　上記の太枠欄のみ、記入してください。
２　減額対象期間については、旧被扶養者該当日の属する月以降、当分の間（ただし、平等割、均等割及び１８以上均等割については２年を経過する月まで）です。
３　京都市国民健康保険被保険者の適用を終了したときは、喪失した日の属する月以降の旧被扶養者減額については、適用しないことになります。

決定書	起案　　年　　月　　日		決定　　年　　月　　日	
決定	室長	課長	係長	係員

下記のとおり決定します。

		承認　・　不承認					
減額額	年度		医療分	後期高齢者支援分	子ども子育て支援分	台帳番号	
		平等割	円	円	円	年　月（　期）入力済	
		均等割	円	円	円		
		１８歳以上均等割	円	円	円		
		所得割	円	円	円		
徴収猶予		年度　年　月分　～　年　月分　円					
不承認の場合の理由							
参考事項							
確認事項及び聞き取り事項							