　様式第１号（第６条関係）

　　（その１）

野洲市国民健康保険税減免等に伴う生活支援緊急給付金認定請求書

１．基本事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先） | 野　　洲　　市　　長 | 請求日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 私は、野洲市国民健康保険税減免等に伴う生活支援緊急給付金支給要綱第６条第１項の規定により野洲市国民健康保険税減免等に伴う生活支援緊急給付金（以下「緊急給付金」といいます。）の認定を請求します。 | | | | |
| 住所 | 〒　　　　‐ | ふりがな |  | |
|  | 請求者氏名 |  |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　‐ | 生年月日（西暦） | 年　　月　　日（　　歳） | |

２．減免等を受けている（又は申請、届出等をしている）国民健康保険税等に関する事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険税減免等の種類 | □　(1)　野洲市国民健康保険税条例第23条の２の規定による特例対象被保険者等に係る国民健康保険税の課税の特例  □　(2)　野洲市国民健康保険税条例附則第20項の規定により適用する同条例第25条第１項第２号の規定による国民健康保険税の減免  □　(3)　滋賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第17条第１項の規定による保険料の減免（附則第４条の２の適用を受けるものに限る。）  □　(4)　国民健康保険法第13条第１項の国民健康保険組合が行う同法第77条の規定による保険料の減免のうち野洲市国民健康保険税条例附則第20項の規定に相当するもの | | |
| (4)を選択した場合、その組合名 |  | |
| 国民健康保険税減免等の決定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 減免等未決定者の場合、減免等の申請、届出等をした日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

３．緊急給付金の振込先に関する事項（(1)又は(2)のいずれかを選択してご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)　ゆうちょ銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳記号 | | | | | | 通帳番号（右詰めでご記入ください。） | | | | | | | | 口座名義人 | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ふりがな |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| (2)ゆうちょ銀行以外の金融機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | | 支店名 | | | | | | 口座種別 | | | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | | □銀行　　□金庫  □信組　　□信連  □農協　　□漁協  □農漁連 | | |  | | | □本店　　□支店  □本所　　□支所  □出張所 | | | □普通  □当座 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | |  |  |  |  | 支店コード | | |  |  |  |
| 口座名義人 | | | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※１　該当する□には、レ印を記入してください。

　　２　国民健康保険税減免等の決定を受けていないときは、申請中の減免等の情報を記載してください。

　　３　口座名義人は、請求者と同一人にしてください。

　　（その２）

４．承諾、誓約及び確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| (1)　承諾事項 | |
|  | 私は、次の事項について承諾します。  　ア　市が、緊急給付金の支給に関し、市の関係する部署、加入する国民健康保険組合、その他関係機関に対して、緊急給付金の支給のために必要な範囲で照会を行うこと。  　イ　上記の照会のために必要な範囲で個人情報の収集、利用、提供を行うこと。 |
| (2)　誓約事項 | |
|  | 私は、この申請書に記載された事項が事実と相違がないことを誓約します。 |
| (3)　確認事項 | |
|  | 私は、次の事項について確認します。  　ア　減免等未決定者は、国民健康保険税減免等を受けることができなかったときは、その認定を取り消し、支給した緊急給付金の返還を求める場合があること  　イ　偽りその他不正の手段により緊急給付金の支給を受けたときは、支給を受けた緊急給付金の額に相当する金額の全部又は一部を徴収される場合があること |
| 令和　　　年　　　月　　　日  氏名： | |

（その３）

●添付書類貼付欄

|  |
| --- |
| (1)　本人確認書類 |
| 次のうちのいずれかの写しを添付してください。  ア　運転免許証（裏面の備考欄に記載がある場合は、裏面も含む。）  イ　住民票（個人番号の記載のないものであって、発行日から３か月以内のものに限る。）  ウ　旅券（パスポート）  エ　マイナンバーカード（通知カードは不可。裏面の写しの添付は不要）  オ　住民基本台帳カード  カ　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳  　※　有効期限を経過したものは本人確認書類とすることができませんので、ご注意ください。 |
| (2)　振込先口座がわかる書類 |
| 次のうちのいずれかの写しを添付してください。  ア　通帳（口座名義人と口座番号が記載されているもの）  イ　キャッシュカード  　※　請求者名義の口座に限ります。 |

　　（その４）

●添付書類貼付欄

|  |
| --- |
| (3)　国民健康保険税減免等を受けていることを証明することができる書類 |
| 例：国民健康保険税減免等の決定通知書、賦課更生（決定）通知書など  　※　国民健康保険税減免等を申請中であり、請求日において国民健康保険税減免等を受けていない場合は、国民健康保険税減免等を受けていることを証明することができる書類の添付は不要です。その場合は、国民健康保険税減免等の決定後、国民健康保険税減免等決定報告書（様式第５号）により報告をお願いします。 |
| (4)　国民健康保険税減免等の申請をしたことがわかる書類（減免等未決定者のみ） |
| 例：国民健康保険税減免等の申請書等の写し |