

(表)

第7号様式(第6条関係)

		加入番号												
		掛 金 等 減 額 申 請 書												
				年 月 日										
大分県知事	殿	住 所												
		ふりがな												
		氏 名		印										
		生年月日		年 月 日										
		個人番号		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<p>下記理由により、掛金等を納付することが困難であり、掛金等の減額免除を受けたいので、大分県心身障害者扶養共済制度条例第9条の規定により申請します。</p>														
記														
理由														
1 生活保護法第6条第1項の規定による被保護者														
2 市町村民税を課せられる者のいない世帯に属する者														
同意														
上記2の理由により申請する場合は、私(申請者)及び裏面記載の同一世帯員は、県が直近年度の地方税関係情報を取得することについて														
1 同意します。(裏面の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名してください。)														
2 同意しません。(市町村民税非課税証明書(世帯)の提出が必要です。)														
注 氏名を記載し、押印することに代えて、自署することができる。														

(裏)

申請者を除く同一世帯員(申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員)記載欄

下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。

※ 心身障害者扶養共済制度の掛金等減免において、加入者が市町村民税を課せられる者のいない世帯に属する場合において、掛金を2分の1に減額できると規定されています。

	満15歳以下	ふりがな	生年月日	個人番号			申請者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在市町村	紙による提出
		氏名	性別						
同一世帯者(申請者を除く)	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		男 女	●	●	●			<input type="checkbox"/>

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県心身障害者扶養共済制度条例施行規則(昭和55年大分県規則第21号)」に基づく事務手続を処理する目的のために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

申請者 _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)
申請者との続柄() _____ 氏名(自署)

※ 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。

※ 満15歳以下の者の同意(自署)は不要