（表）

　様式第7号(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 加入番号 |  |

掛金減額申請書

年　　月　　日

　　　福井県知事　　　　様

申請者　住所

氏名

　　福井県心身障がい者扶養共済制度に関する条例施行規則第５条第３項の規定により掛金の減額を

　申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入者および世帯員氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 勤務先の所在地および名称 | 前年の所得額　(円) | 生活保護法による被保護者 | 市町村民税 | 所得税課税 |
| 個人番号(注下記の証明を受けない場合に記入すること。） | 非課税 | 均当割課税 | 所得割課税 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 　市町村証明欄 | ※上記のとおり相違ないことを証明する。　　　年　　月　　日市町村長　　　　　　　　　　印　 | 摘要 |

　備考

　　１　生活保護法による被保護者、市町村民税および所得税課税の欄は、該当する箇所に○印を記入のこと。

　　２　生活保護世帯または市町村民税の非課税世帯もしくは均等割の額のみの世帯に属する者が申請する場

　　　合であって、加入者の世帯全員分の個人番号を記載するときは、※印欄の市町村長の証明を得ることを要

　　　しない。なお、福井県心身障がい者扶養共済制度に関する条例施行規則第５条第１項第４号に該当すると

　　　きは、申請者がその理由を摘要欄に記入すること。

　　３　個人番号を記載した者で、知事が個人番号を利用して地方税関係情報を取得することに同意する

　　　ものは、裏面の同意書に署名すること。

　　４　世帯員の数が多いときは適当な別紙を貼り足してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員処理欄 | １　生活保護世帯　　２　非課税世帯　　３　均等割のみ　　４　その他　　５　減額なし |

（裏）

同　意　書

　　下記の者は、知事が福井県心身障がい者扶養共済制度に関する条例第９条の規定に基づき事

　務を処理する場合に限り、個人番号を利用して　　　　年度の地方税関係情報を取得すること

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入者 | 申請者との続柄 | 本人 |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |
| 同意者 | 申請者との続柄 |  |
|  | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 生年月日 |  |

　　備考　１　同意する者が自ら署名を行うこと。

　　　　　　２　代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を提出すること。

　　　　　　３　満１５歳以下の者の同意は不要