**後期高齢者医療保険料特別徴収仮徴収額平準化申出書**

令和　　年　　月　　日

南さつま市長　　本坊　輝雄　　殿

　私は、後期高齢者医療保険料特別徴収仮徴収額を修正し、年間を通して平準化することを希望し、その旨申し出いたします。

　下記の事項を確認しましたら ☐ に ☑ をし、署名をお願いいたします。

　　☐　平準化を行った場合でも、年間の税額に変更はありません。

　　☐　すでに均等になっている税額の場合や、保険料の算定もととなる所得に変動があり、税額が変わる場合は、平準化の効果が出ないことがあります。

　　☐　平準化を行う時点では当該年度の年間保険料額は確定していないため、前年度と同額と仮定して計算します。

　　　　　　　　上記３つの項目について確認しました。

**署名：**

**① 被保険者記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 電話番号 | （　　　　　　） |
| 住　　所 | ☐南さつま市　加世田　　金峰大浦　笠沙　坊津 |

**② 平準化前の仮徴収額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年 ２ 月 | 令和　　　年 ４ 月 | 令和　　　年 ６ 月 | 令和　　　年 ８ 月 |
| 円 | （２月と同額です）円 | 円 | 円 |

|  |
| --- |
| ※処理確認欄 |
|  |

※平準化後の仮徴収額は、変更決定通知書にてお知らせします。