社会保険料控除額の確認書の交付につ

記入例

所得税及び復興特別所得税の確定申告や市・県民税申告の際には、**「国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料」の納付額が社会保険料控除の対象**となります。

上記保険税（料）は、領収書、通帳及び公的年金の源泉徴収票等で確認できますが、**令和８年１月１日から 12 月 31 日までの納付(見込)額**を確認されたい方は、下記のいずれかの方法で申請してください。

① 下記の申請書をご記入のうえ、**郵便**にて申請する方法
② 裏面記載の**ＵＲＬ**または**ＱＲコード**から接続し、申請する方法
（詳しくは裏面をご覧ください。）

後日、申請者の方へ「社会保険料控除額の確認書」を郵送いたします。

※ 手数料は不要です。
※ 個人情報保護のため、**申請者と同一世帯者のみ交付対象**とします。
※ 市の申告相談会で申告される方は、申請の必要はありません。また、確定申告や市・県民税申告をする予定のない方も申請の必要はありませんが、年金から特別徴収されていない社会保険料の控除を受けるためには、確定申告や市・県民税申告が必要となります。

郵送される際は、この「切り取り線」から下の部分のみお送りください。

【申請・問い合わせ先】
〒936-8601　滑川市寺家町 104 番地
滑川市役所　税務課　市民税係
TEL 076-475-1265（直通）

《切り取り線》

令和８年分 社会保険料控除額の確認書の交付申請書

令和■年■■月■■日

滑川市長　あて

（申請者）
住　所　〒936-〇〇〇〇
滑川市　〇〇〇町▲▲▲番地
氏　名　滑川　太郎
連絡先　■■■-■■■-■■■■

押印不要です。
申請内容等について、ご連絡する場合がありますので、「連絡先」も必ずご記入願います。

確認書が必要な納税義務者（被保険者）

氏　名	生年月日	申請者との関係	住　所
滑川　太郎	昭和■■年■■月■■日	本人	申請者と同じ
滑川　花子	昭和■■年■■月■■日	母	申請者と同じ

国民健康保険税の場合、世帯主の方のみの氏名等をご記入ください。
後期高齢者医療保険料と**介護保険料**を納付されている場合は、必要な方の氏名等をご記入ください。

申請者本人及び同一世帯の方であれば、まとめて申請可能です。
（**申請者と別世帯の方の確認書は発行できません。**）

裏面に記入してください。

※**国民健康保険税**については、納税義務者は世帯主様のみのため、世帯内に加入者が複数いる場合であっても、ご家族全員の氏名を書く必要はありません。

《裏　面》

☆　URLまたはQRコードから申請を行う方法　☆

①　下記のURLまたはQRコードから接続し、受付フォームへアクセス！

URL　→　https://logoform.jp/f/afy1R

QRコード　→：



※　ID・パスワードは不要です。
　　また、利用登録などの手続なしで、ご利用できます。

※　QRコードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

②　受付フォームで、必要事項を入力し、「確定」→「送信」をクリック！

ガイダンスに従い、氏名・住所などを入力してください。

▼　申請画面のイメージ　▼



※　紙での申請と同じく、「社会保険料控除額の確認書」を郵送するため、お手元に届くのに数日かかる場合があります。

※　申請の内容を確認するため、市税務課から申請者の方へ電話にてご連絡する場合があります。