

国民健康保険税特例対象被保険者等申請書

令和 年 月 日

稲美町長様

(住所) 稲美町

(世帯主氏名) (※)

(生年月日) 年 月 日

(電話番号)

(記号番号)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記の理由により、国民健康保険税の軽減を申請します。

特例対象被保険者等申請の理由	
(氏名)	(生年月日) 年 月 日)が
<input type="checkbox"/> 特定受給資格者に該当するため	
離職理由コード(次の該当するコードに○印をつけてください。)	
11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32	
<input type="checkbox"/> 特定理由離職者に該当するため	
離職理由コード(次の該当するコードに○印をつけてください。)	
23 ・ 33 ・ 34	
《注意1》雇用保険受給資格者証の写しが無い場合は受付できません。 紛失された人は、公共職業安定書で再交付または証する書類の交付を受けてください。	
《注意2》雇用保険受給資格者証の右上に「特」と記載されている特例受給資格者の人や、 「高」と記載されている高年齢受給資格者の人は対象となりません。	

失業軽減開始日	年 月 日	添付書類の提出		
失業軽減終了日	年 月 日	(令和 年 月 日)		
年度	軽減前所得金額	円	*雇用保険受給資格者証の写し	
	軽減後所得金額	円		
(摘 要)				
	確認者	税務課確認	処 理 欄	
		完納	資格担当入力	賦課担当入力
		未納あり 収税係へ		

ここからは記入しないでください。