

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申請書

令和 年 月 日

吉野川市長 殿

(世帯主)

住 所 吉野川市

氏 名

個人番号 (12 桁)

(電話・携帯 - -)

吉野川市国民健康保険税条例第 2 3 条の 2 に基づき、国民健康保険税の軽減を申請します。

特 例 対 象 被 保 険 者	
住 所	吉野川市
氏 名	
個人番号 (12 桁)	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
離 職 年 月 日	平成・令和 年 月 日
離職理由コード	()

* 生年月日欄の () 歳は、離職時の年齢をご記入ください。

※離職時点で 65 歳未満の方が対象です。

特定受給資格者コード 11.12.21.22.31.32

特定理由離職者コード 23.33.34

* 以下は記入の必要はありません。 *

(受 付 印)	世帯主コード	No.	特例対象者コード	No.
	軽減対象期間	R . .	~ R . .	
	(年度)		(年度)	
	給与所得額		給与所得額	
	30 / 100		30 / 100	
	軽減前額		軽減前額	
	軽減後額		軽減後額	
	軽減額		軽減額	
	前年入力(給付)	不要/入力	前年入力(給付)	不要/入力
	記 載	税・資格・一覧表	記 載	税・資格・一覧表
	入 力 日	R . .	入 力 日	R . .