

非自発的離職者に係る国民健康保険税軽減申請書

令和 年 月 日

内灘町長

国保記号番号 ー

住所 内灘町
納税義務者 (世帯主氏名) 印
電話番号

内灘町国民健康保険税条例第23条の2及び第24条の2の規定により、下記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

なお、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、内灘町が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

申告事項	氏名 _____ (昭和・平成 年 月 日生)
	離職年月日 _____ 年 月 日
	離職理由 <input type="checkbox"/> 倒産・解雇による離職【特定受給資格者 11・12・21・22・31・32】 <input type="checkbox"/> 正当な理由のある自己都合退職【特定理由離職者 23・33・34】
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し (必須)

【備考】

- 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、14日以内に届出が必要です。
- 離職日の時点で65歳未満の方が対象となります。高年齢受給資格者と特例受給資格者は対象ではありません。

事務処理欄

適用期間	年 月 ~ 令和 年 3 月末
入力日	令和 年 月 日

給与所得	(当初) → (軽減後)
年度	→
年度	→