

国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

令和 年 月 日

みなべ町長 様

申請者（世帯主）

住所

氏名

電話

()

みなべ町国民健康保険税条例第26条の2に該当するため、第27条の2の規定により、国民健康保険税の軽減を受けたいので、証明書類を添えて申請します。

記

離職者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
離職年月日	令和 年 月 日
離職理由 コード	特定受給資格者 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
	特定理由離職者 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4

※町記入欄

記号番号		個人番号	
------	--	------	--