

# 非自発的失業者に係る国民健康保険税軽減申請書

新 宮 町 長 殿

令和 年 月 日

非自発的失業者に対する国民健康保険税の軽減について下記のとおり申請します。

なお、対象者に異動が生じた場合は、速やかに届出（申し出）をします。

納税義務者 (世帯主)	氏 名	印	電話番号		
	住 所	新宮町			
	被保険者証記号番号		世帯主個人番号		
対 象 者 (非自発的失業者)	氏 名				
	生年月日	昭和	平成	年	月 日生
離職年月日	平成・令和	年	月	日	軽減適用年度 平成・令和 年度
離職理由コード	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 11 12 21 22 31 32 <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 23 33 34				
対 象 者 (非自発的失業者)	氏 名				
	生年月日	昭和	平成	年	月 日生
離職年月日	平成・令和	年	月	日	軽減適用年度 平成・令和 年度
離職理由コード	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 11 12 21 22 31 32 <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 23 33 34				

## 【注意事項】

- ①国民健康保険税の軽減は、離職日の翌日の属する月からその月の属する年度の翌年度末までです  
(平成 21 年 3 月 31 日～平成 22 年 3 月 30 日までの離職に係る軽減は平成 22 年度分のみです。)
- ②軽減の対象になる所得は、給与所得のみです。
- ③社会保険等他の保険に加入したときは、速やかに届出てください。

町確認欄	受 付 者		
	AD-II	入力日	
		入力者	