

国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

令和 年 月 日

中泊町長 殿

申請者（世帯主）

住所

氏名

電話 ()

中泊町国民健康保険税条例第23条の2に該当するため、第24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	
------	--	------	--