

課長	課長補佐	係長	係

窓口受付

※太枠内 をご記入ください

非自発的失業者に係る国民健康保険税軽減等申告書

被保険者証記号番号										氏名、生年月日									
五所川原										氏名									
										(昭和・平成 年 月 日生 歳)									
離職年月日					平成 年 月 日					令和					※雇用保険受給資格者証を添付				
離職理由					<input type="checkbox"/> 倒産や解雇等（特定受給資格者） <small>（離職理由 11, 12, 21, 22, 31, 32）</small>					<input type="checkbox"/> 雇止め等（特定理由離職者） <small>（離職理由 23, 33, 34）</small>									
<p>五所川原市国民健康保険税条例第24条の2の規定により申告します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>五所川原市長</p> <p style="text-align: center;">〒037-</p> <p>申請者 住所 <u>五所川原市</u></p> <p style="margin-left: 100px;">氏名 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">世帯主 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">連絡先 _____</p>																			

※処理欄

判定結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		宛名コード																
			マイナンバー																
保険税軽減期間	令和 年 月 日から 令和 年 3 月 日まで																		
	<small>※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</small>																		
高額所得区分適用期間	令和 年 月 から 令和 年 7 月 まで																		
	<small>※離職日の翌日の翌月診療分から、税軽減期間の終了する年の7月まで（離職日の翌日が1日の場合はその月から）</small>																		
離職月日	年 月 日					国保取得月日	年 月 日					No.							