

国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

令和 年 月 日

南三陸町長 殿

申請者（世帯主）

住所

氏名

電話 ()

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・令和 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 |
| 記号番号 | み南 |

| | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
|--------|-----|------|-----|---|
| 決 裁 | | | | |

合議：税務係（国保税担当）