

輪之内町長 様

納付義務者 住 所  
(世帯主)

氏 名 ㊟

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

国民健康保険税軽減申請書(非自発的失業者用)

輪之内町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、\_\_\_\_\_年度国民健康保険税の軽減を受けたいので申請します。

尚、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、輪之内町が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

記

理由	非自発的失業により輪之内町国民健康保険に加入したため。		
この減免申請の原因となった失業者			
番号	氏名	離職年月日	離職した事業所
1	[個人番号]	年 月 日	
2	[個人番号]	年 月 日	
3	[個人番号]	年 月 日	
4	[個人番号]	年 月 日	
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し		

※納期限前7日前までに軽減を受けようとする事由を証明する書類を添付すること。