

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申請書

申請日 令和 年 月 日

玉東町長 前田移津行様

このことについて下記のとおり、国民健康保険税の軽減を申請します。

記

住 所 玉東町大字 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

非自発的失業対象者

氏 名 \_\_\_\_\_

離職年月日 令和 年 月 日

離職理由

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

※添付書類（雇用保険受給資格者証、その他必要とする証明書等）

入力済	台帳記入