

国民健康保険税 非自発的離職者軽減届出書

令和 年 月 日

鯖江市長 殿

住 所 _____

届 出 者 氏 名 _____ 印

(納税義務者) 国保証記号番号 _____

電話番号 _____

下記の者が特定受給資格者・特定理由離職者となりましたので、国民健康保険税の軽減を受けたく、下記のとおり届けます。

なお、その理由が消滅した場合には、直ちにその旨を届けます。

記

1 対象者氏名：

2 離 職 日： 年 月 日

3 添 付 書 類：「雇用保険受給資格者証（写）」または「雇用保険受給資格通知（写）」

*書類提出の際には、原本の提示が必要です。

※ 以下は、受付時に鯖江市で記入しますので、届出者は記入しないで下さい。

種 別	コード	種 別	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
原本確認	離職日の確認	軽減期間	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 平成 21 年 3 月 31 日以降	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで (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)	

【税務課入力日：令和 年 月 日】