

(受 付 印)

--

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税軽減届出書

①世帯主	住所		
	電話番号	()	
	(ふりがな)		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(歳)
②対象者	(ふりがな)		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(歳)
	☐ ①に同じ(①と同じ場合は、あらためて名前・生年月日の記入不要。)		
	離 職 年 月 日	年 月 日	
	離 職 理 由		

※ 市事務整理欄

対 象 者	記号	38 -	番号		雇用保険受給資格者証の確認 (下のいずれかに○印)
	世 帯 番 号				「特定受給資格者」に該当
	整 理 番 号				「特定理由離職者」に該当
		←離職日に65歳未満であることを確認(該当の場合は○印)			
		←雇用保険受給資格者証を持参していることを確認(該当の場合は○印)			
雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由の番号(下の該当番号に○印) (特定受給資格者) 11 12 21 22 31 32 (特定理由離職者) 23 33 34					

受付	資格	承認	入力	確認

(受付時の確認項目) (処理時の確認項目)

※ 届出時には必ず「雇用保険受給資格者証」(ハローワークで交付)を持参してください。
(窓口での手続時に確認書類としてコピーいたします。)