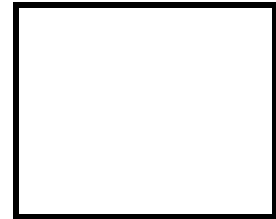


(受付印)



産前産後期間に係る 国民健康保険税軽減届出書

①世帯主	住所			
	電話番号	()		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳)
②出産する 被保険者	<input type="checkbox"/> ①に同じ(チェックした場合は記入不要。)			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳)
③	出産予定又は 出産日	年	月	日
④	単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	単胎	・	多胎
⑤	前住所地への 届け出	無	・	有

※③、④について確認することのできる書類を提出してください。(母子手帳の写し等)

※この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。

※ 市事務整理欄

対象者	記号	38 -	番号	
	世帯番号			
	整理番号			

受付	資格	添付書類	メモ入力

※ 担当者使用欄

軽減期間	年	月
	から	
	年	月

	軽減期間の年度跨ぎ		写し
	軽減期間内に介護該当		写し

令和	年度国民健康保険税について (<input type="checkbox"/> 介護分のみ)
----	-----------------------------------------------------

決裁日	年	月	日
課長	課長補佐	係長	係