

# 特例対象被保険者等の国民健康保険税軽減申告書

令和 年 月 日

(届出先) 新 座 市 長

納税義務者 (世帯主)

住 所 新座市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

## ・新座市国民健康保険税条例第23条の2第1項に規定する申告

① 軽減の対象となる方の氏名 \_\_\_\_\_

② 離 職 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

③ 離職理由 (コード) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

※離職理由コードについては、雇用保険受給資格証の「⑬離職年月日 理由 (旧様式)」又は「12離職理由 (新様式)」欄に記載されている二桁のコード番号を記入してください。

添付書類

雇用保険受給資格者証の写し