

特例対象被保険者等の国民健康保険税軽減申告書

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又は雇用保険受給資格通知の「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
又は雇用保険受給資格通知の写し

職員記入欄

保険証番号		資格取得年月日	※	/ 入力済
宛名コード		※離職日の翌日 = 資格取得年月日 の場合記入不要		