

国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

平成 年 月 日

松川町長 殿

申請者（世帯主）

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

松川町国民健康保険税条例第23条の2に該当するため、第24条の2の規定により、国民健康保険税の軽減を受けたいので、証明書類を添えて申請します。

記

離職者氏名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
離 職 年 月 日	平成 年 月 日
離職理由 コード	特定受給資格者 11・12・21・22・31・32
	特定理由離職者 23・33・34

※添付書類

雇用保険受給資格者証 写し