

# 国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

令和 年 月 日

松川町長 殿

申請者（世帯主）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

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	年 月 日	
離職年月日	令和 年 月 日	
離職理由コード (該当に○印)	特定受給 資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
	特定理由 離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4

◎添付書類

雇用保険受給資格者証の写し（表・裏）