

年 月 日

昭島市長あて

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税の軽減申告書

昭島市国民健康保険税条例第24条の2の規定により下記のとおり申告します。

記

納税義務者 (世帯主)	住所				
	氏名			電話番号	
軽減を受けようとする者	氏名			生年月日	昭和 年 月 日 平成
	個人番号			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
	離職 年月日	年 月 日		届出人氏名	
	非自発的失業後の再就職の有無				有 ・ 無

(事務欄)

国保番号

確認

- ☐ 離職日の翌日時点で64歳以下である。
☐ 離職年月日が平成21年3月31日以降である。
☐ 離職理由がコード番号に該当している。

受付印

対象期間

年 月 日～ 年度末

※離職日の翌日の属する月からその月の属する年度の翌年度末まで

	受付者	入力者	確認者
処理欄			

備考
