

# 国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

平成 年 月 日

石巻市長 殿

申請者（世帯主）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話 ( )

石巻市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	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					

※市記入欄

記号番号		宛名コード	
------	--	-------	--