**国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　石巻市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（世帯主）

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　 |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　　　 　　　 年　　　月　　 日 |
| 離職年月日 | 　　 　　　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** |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記号番号 |  | 宛名コード |  |