

非自発的失業に伴う国民健康保険税軽減申請書

.....年.....月.....日

(あて先) 山形市長

住.....所.....
納税義務者
氏.....名.....
(世帯主)
個人番号.....
電話番号.....(.....)

下記理由により失業したため、関係書類を添えて国民健康保険税の軽減申請をいたします。

離職者	氏 名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
離 職 年 月 日		年 月 日	

【添付書類】雇用保険受給資格者証のコピー

※処理欄（この欄は記入しないで下さい）

受付印	国保番号： —	処理印・点検印
	宛名番号： —	
	離職理由コード：	
一連No.		

※対象期間：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

※対象者：離職理由コードが 11・12・21・22・23・31・32・33・34 に該当する者