

# 国民健康保険税軽減申請書

平成 年 月 日

伊那市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

生年月日 年 月 日 ( 歳)

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

伊那市国民健康保険税条例第23条の2の規定により、下記のとおり国民健康保険税の軽減を申請します。

納税義務者 (世帯主)	住 所	
	氏 名	
離職年月日	平成 年 月 日 離職	
軽減期間	平成 年 月分 から 平成 年 月分 *会社の健康保険に加入するなど国民健康保険を脱退すると期間中であっても終了します。	
軽減申請理由 (離職理由コード)	(1) 雇用保険の特定受給資格者 ( ) (2) 雇用保険の特定理由離職者 ( )	

- (1) 特定受給資格者に対応する離職理由コード
- 11 解雇
  - 12 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
  - 21 雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり)
  - 22 雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり)
  - 31 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
  - 32 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
- (2) 特定理由離職者に対応する離職理由コード
- 23 期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)
  - 33 正当な理由のある自己都合退職
  - 34 正当な理由のある自己都合退職(被保険者期間12ヶ月未満)

	受付	資格	税	摘要
* 事務処理欄				