非自発的失業者に係る国民健康保険税軽減申請書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）諏訪市長

 住所　諏訪市

 　　　世帯主　　氏名　 　 　 印

 電話番号

 　　　届出人　　氏名　 　　　印

 続柄

※届出人は、世帯主と届出人が異なる場合のみ記入してください。

　諏訪市国民健康保険税条例第２９条の２に該当するため、第３０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、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 　　　　　　　　諏　　　 － |
| 離職者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　　　年　　　月 　　日 |
| 離職年月日 | 令　和　　　　年　　　月 　　日 |
| 離職理由 | 特定受給資格者 | １１・１２・２１・２２・３１・３２ |
| 特定理由資格者 | ２３・３３・３４ |

【添付書類】雇用保険受給資格者証の写し

※処理欄（以下には記入しないでください）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 世帯コード |  | 住民コード |  |
| 税軽減期間 | 　　　年　　　月　　　日（　　　年度）～　　　年度末 |
| 処理日 | 　　　　年　　月　　日 | 確認 |  |