

国民健康保険税軽減申告書 (非自発的失業者用)

平成 年 月 日

南九州市長 様

納付義務者 (世帯主)

住 所

氏 名

印

電話番号

—

—

南九州市国民健康保険税条例第24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告します。

なお、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、南九州市が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

軽減申請する種別	国民健康保険税			
年 度	平成 年度			
軽減申請の理由	非自発的失業 (南九州市国民健康保険税条例第24条の2)			
	この軽減申請の原因となった離職者 (失業者)			
		氏 名	離職の時期	離職した会社名
	1		平成 年 月 日	
	2		平成 年 月 日	
3		平成 年 月 日		
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し			

<注意>

※ 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、市役所に14日以内に届出なければなりません。