

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税の軽減申告書

令和 年 月 日

会津若松市長 様

住所(世帯主) 会津若松市 _____

納税義務者(世帯主) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

会津若松市国民健康保険税条例第 17 条の規定により、下記のとおり国民健康保険税の軽減を申告します。

年 度	令 和 年 度
国民健康保険番号	
離職者氏名	(生年月日: S・H 年 月 日)
離職者個人番号	
離職理由	
離職時期	令和 年 月 日
添付書類	雇用保険受給資格者証(雇用保険受給資格通知)の写し

<注意>

- ※ 前年中の所得の申告をしていることが要件になります。
- ※ 雇用保険受給資格者証(仮)、及び右上に「高」や「特」が記載されているものは対象外となります。
- ※ 軽減対象所得は給与所得のみとなります。

担 当	入力月日	受付簿	受 付