

非自発的失業者軽減申請書

令和 年 月 日

剣淵町長 様

住 所 剣淵町
届出者（世帯主） 氏 名 _____ 印
電話番号 _____

国民健康保険税の軽減を受けるため、非自発的失業者について、下記のとおり雇用保険受給資格者を証する書類を添えて申請します。

記

1 国民健康保険被保険者証番号 _____

2 非自発的失業者（雇用保険受給資格者）

	氏名	個人番号	離職年月日 年 月 日	受給資格者証の離職理由番号に○	
				特定受給資格者	
1				特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
				特定理由離職者	23、33、34
2				特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
				特定理由離職者	23、33、34
3				特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
				特定理由離職者	23、33、34

《注意1》雇用保険受給資格者証の写しが無い場合は受付できません。

紛失した方は、公共職業安定所にて再交付または証する書類の交付を受けてください。

《注意2》雇用保険受給資格者証の右上に、「特」と記載されている特例受給資格者や、

「高」と記載されている高年齢受給資格者は対象となりません。

※ 国民健康保険税額の変更がある場合は、提出の翌月に変更決定通知書が送付されます。

（事務処理欄）

国保取得年月日 年 月 日	軽減開始日 年 月 日	軽減終了日 年 月 日	受付印