

様式第1号

特例対象被保険者等に係る八街市国民健康保険税の課税の特例承認申告書

年 月 日

八街市長 様

申請人 (世帯主氏名)

住 所

氏 名

印

個人番号

生年月日

電話番号

私は、八街市国民健康保険税条例第23条の2第1項の規定により、 年度  
国民健康保険税の課税の特例を申請します。

1. 特例対象被保険者等

氏 名		個人番号			
生 年 月 日					
被保険者証番号	記号		番号		
離 職 年 月 日					
離職理由コード (該当コードに○)	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2 ・ 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4				

2. 添付書類

雇用保険受給資格者証の写し