

# 御船町国民健康保険税課税特例申告書

年 月 日

御船町長 様

世帯主 住所  
氏名 印

御船町国民健康保険税条例第24条の2の規定に基づき、国民健康保険税の課税の特例を受けたいので、下記のとおり申告します。

記

特例対象被保険者等	世帯主と	生 年 月 日
保険証番号	氏 名 の続柄	
		昭・平 年 月 日

離職年月日	年 月 日
-------	-------

離職理由	※離職コード番号	

※離職コード番号には雇用保険受給資格者証における新様式「12離職理由」欄、旧様式「㊸ 離職年月日 理由」欄に記載されている番号をご記入ください。

減免に該当する離職理由コードは下記のとおりです。

特定受給資格者（11、12、21、22、31、32）

特定理由離職者（23、33、34）

必要添付書類	※雇用保険受給資格者証の写し
--------	----------------

※ただし、雇用保険特例受給者資格者証（短期雇用特例被保険者）、雇用保険高年齢受給資格者証（65歳到達日以後に離職された方）は該当しませんのでご注意ください。

※下欄は記入しないでください。

※減額対象判定	該当	非該当
---------	----	-----