

非自発的失業による
国民健康保険税の軽減措置等の申告書

令和 年 月 日

伊 方 町 長 様

申請者（世帯主）

住 所 伊方町

氏 名



電話番号

下記のとおり、非自発的失業に係る軽減措置等の適用について申告します。

なお、この決定のため必要があるときは、私の雇用保険受給状況等につき、伊方町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。

記

特 例 対 象 被 保 険 者	氏 名	離職年月日	離職理由	会社名等
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
添付書類		雇用保険受給資格証書の写し		

※ 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、14日以内にお届け下さい。