

# 国民健康保険税軽減申請書

令和 年 月 日

常滑市長様

非自発的失業により、国民健康保険税の軽減を申請します。

フリガナ												
氏名												
生年月日	昭和	年	月	日	個人番号							
	平成											
住所	常滑市											
電話 自宅・携帯	( )	—			世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						

離職日	令和	年	月	日
離職理由(雇用保険受給資格者証・資格通知 理由番号)				

※以下 市役所確認欄

①雇用保険受給資格者証・資格通知を持参している場合→個人番号の記入・確認は不要です。受給資格者証・資格通知を両面コピーしてください。

②雇用保険受給資格者証・資格通知を持参していない場合→情報連携により離職日等を確認します。個人番号・本人確認をしてください。

該当しない場合は後日国保担当から電話します。

個人番号記入の際の本人確認書類

- 個人番号カード  
 個人番号通知カード + (運転免許証 在留カード 身体障害者手帳 その他( ))

※個人番号が不明の場合、個人番号確認同意書(別紙)の記入が必要です。

市確認欄	該当	非該当
保険年金課		
税務課		

国保番号