

国民健康保険税（非自発的失業者）軽減申請書

年 月 日

一戸町長 様

世帯主 (納税義務者)	住 所	
	氏 名	
	電 話	()

一戸町町税条例第159条の2に該当するため、第160条の2の規定により、国民健康保険税の軽減を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

離 職 者 氏 名		
生 年 月 日		年 月 日
個 人 番 号		
離 職 年 月 日		年 月 日
離職理由 コード	特定受給資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
	特定理由離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4

※町担当記入欄

被 保 険 者 番 号		受 付 印	
宛 名 番 号			