

# 特例対象被保険者に係る国民健康保険税軽減申告書

邑 楽 町 長 様

令和 年 月 日

申告者住所 \_\_\_\_\_

申告者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

邑楽町国民健康保険税条例第22条の2の規定にもとづき、国民健康保険税の軽減を承認いただきたく下記のとおり申告いたします。  
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、邑楽町が公共職業安定所へ調査、報告を求めることを同意します。

記

個人番号												
氏 名												
住 所												
生年月日	昭和・平成		年		月		日		離職時 年 齢			
離職年月日	令和		年		月		日		離職理由	※		
適用開始日 (国保取得日)	令和		年		月		日		求職申込後 の再就職	有 ・ 無		
(国保取得日が離職日の翌日でない場合記載)												
記号番号					宛名番号							

※ 該当となる受給資格者証の離職理由

- ＜特定受給資格者＞
- 11 解雇
  - 12 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
  - 21 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）
  - 22 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）
  - 31 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
  - 32 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
- ＜特定理由離職者＞
- 23 期間満了（雇用保険3年未満更新明示なし）
  - 33 正当な理由のある自己都合退職
  - 34 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12ヶ月未満）

照会結果	資格処理日
正常 ・ 異常	