

国民健康保険税減額申告書

令和 年 月 日

南知多町長 殿

申告者（世帯主・納税義務者）

住所 南知多町大字

氏名 \_\_\_\_\_

南知多町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、国民健康保険税の減額を受けたいので申告します。

国保番号		離職日	令和 年 月 日
離職者氏名	(連絡先: _____)		
適用条項	南知多町国民健康保険税条例第23条の2		
(離職理由)			
<input type="radio"/> 解雇(11)			
<input type="radio"/> 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(12)			
<input type="radio"/> 雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり)(21)			
<input type="radio"/> 雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり)(22)			
<input type="radio"/> 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(31)			
<input type="radio"/> 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職(32)			
<input type="radio"/> 期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)(23)			
<input type="radio"/> 正当な理由のある自己都合退職(33)			
<input type="radio"/> 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)(34)			
町 確 認 欄	雇用保険受給者資格者証及びその他の特例対象被保険者等であることの実を証明する書類の確認		
	雇用保険受給者資格者証	その他の特例対象被保険者証明	
	有 無	証明名	