

# 国民健康保険税 減免申請書

(産前産後減免用)

令和 ●●年 ● 月 ●●日

(あて先) 南魚沼市長

下記理由により、国民健康保険税の減免を申請します。

世帯主	住所	南魚沼市 <b>六日町180番地1</b>		
	氏名	<b>南魚太郎</b>		
	電話番号	<b>025 - 773 - 6668</b>		
対象者	住所	同上		
	氏名	<b>南魚花子</b>		
	生年月日	昭和 <b>平成</b> <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>14</b> 日		
	出産日または 出産予定日	令和 <b>6</b> 年 <b>1</b> 月 <b>31</b> 日		
	出産種別	<b>単胎</b> 多胎		
申請理由	産前産後減免の条件に該当するため			
市記入欄	世帯コード		住民コード	

※ 母子健康手帳等、出産予定日や多胎妊娠の事実を明らかにする書類の写しを添付すること

(市記入欄)

受付者	減免対象月	減免対象月数		減免額	
	R 年 月分～	R 年度	か月	R 年度	円
	R 年 月	R 年度	か月	R 年度	円