

国民健康保険税 軽減申請書

(産前産後軽減用)

令和 年 月 日

(あて先) 南魚沼市長

下記理由により、国民健康保険税の軽減を申請します。

世帯主	住 所	南魚沼市 六日町180番地1		
	氏 名	南 魚 太 郎		
	電 話 番 号	0 2 5 — 7 7 3 — 6 6 6 8		
対象者	住 所	同上		
	氏 名	南 魚 花 子		
	生 年 月 日	昭和 平成 2 年 3 月 14 日		
	出産日または 出産予定日	令和 6 年 1 月 31 日		
	出 産 種 別	単胎 多胎		
	申 請 理 由	産前産後軽減の条件に該当するため		
市記入欄	世帯コード	5432521	住民コード	1234567

※ 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

世帯コードと住民コードを記入

(市記入欄)

受付者	軽減対象月	軽減対象月数		軽減額	
魚沼	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

受付者の印またはサイン