

産前産後期間に係る国民健康保険税減免申請書

糸田町長 様

糸田町国民健康保険税条例第24条第3項に規定する出産被保険者について、
次のとおり提出します。

届出年月日		
世帯主 (納税義務者)	住所	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号	
	電話番号	
出産被保険者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	住所	
	氏名	
	生年月日	
	個人番号	
	出産予定日 または出産日	
	出産種別	単胎 ・ 多胎
【注意事項】		
1. この届出書は、出産被保険者の出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。		
2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。 なお、以前お住いの市町村において届け出た場合は、その際に届け出た出産予定日または 出産日を記入してください。		
3. 届出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。		
① 出産予定日または出産日を確認することができる書類		
② 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類		
※出産後に届出する場合は、出生証明書等の親子関係を明らかにする書類		

(市町村記入欄)

軽減期間	軽減対象月数		更正期	担当者
年 月～	年度分	ヶ月		
年 月～	年度分	ヶ月		