

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届

被保険者証番号		
出産（予定） 被保険者	住 所	
	個 人 番 号	
	（フリガナ）	
	氏 名	
	生 年 月 日	
出 産（ 予 定 ） 日		年 月 日
単胎又は多胎の別		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
志免町国民健康保険税条例第25条の3第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 納税義務者（世帯主） 住 所 _____ 個 人 番 号 _____ 氏 名 _____ 生 年 月 日 _____ 電 話 番 号 _____		
志免町長 様		

《事務処理欄》

軽減開始月 <small>（出産月の前月・多胎の場合は3月前）</small>	年 月	軽減終了月 <small>（出産月の翌々月）</small>	年 月
軽減期間	<input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 予定		<受付印>
添付書類	母子健康手帳・その他（ ）		
申請者確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・（ ）		