

様式第 3 （第6条関係）

国民健康保険税特例対象被保険者等申告書

年 月 日

新城市長

納税義務者（世帯主）

住所

氏名

個人番号

電話番号

国民健康保険税の課税の特例を受けるため、新城市国民健康保険税条例第 3 2 条の規定により申告します。

なお、この決定のために必要があるときは、私及び私の同世帯に属する次の者の雇用保険受給状況等につき、新城市が公共職業安定所へ調査又は報告を求めることに同意します。

被保険者 記号・番号			
特例対象被保険 者等該当者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	個人番号		
	離職年月日	年	月 日
	雇用保険受給 資格者証の離 職理由	特定受給資格者	11, 12, 21, 22, 31, 32
		特定理由離職者	23, 33, 34
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し		