

国民健康保険出産被保険者国民健康保険税軽減申請書

被保険者証記号番号		上富良野									
世帯主名 (軽減申請者)	住所	上富良野町									
	氏名						生年月日			年 月 日	
	個人番号										
対象者名 (出産した、又はする予定の被保険者)	氏名						生年月日			年 月 日	
	個人番号										
出産(予定)日	令和 年 月 日	出産予定人数			単胎 ・ 多胎						
軽減事由	国民健康保険税条例第 23 条第 3 項にかかる申告										
賦課年税額 (A)		軽減額 (B)					軽減後年税額 (A - B)				
円		円					円				
<p>上記のとおり出産被保険者の均等割減免を受けたいので、出産日又は出産の予定日を証明する書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>上富良野町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 上富良野町 (世帯主) 氏 名</p>											