



# 国民健康保険税産前産後減額申請書

令和 6年 1月 5日

築上町長 殿

## 申請者(世帯主)

住所	築上町大字 榎田891-2
氏名	築上 太郎
生年月日	昭平 5年 5月 1日
電話番号	090-1234-xxxx

築上町国民健康保険税条例第24条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

## 記

被保険者証記号・番号	記号:132	番号:
対象者氏名	生年月日	出産(予定)日
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 築上 花子	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 昭平 7年 4月 1日	令和 6年 〇月 〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 単胎(4か月)	<input type="checkbox"/> 多胎(6か月)	
添付資料		
<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し	<input type="checkbox"/> 医療機関等の証明(対象者)	<input type="checkbox"/> 異動連絡票(転入者)

死産証書、死亡届、火葬許可書の  
いずれか1つの写し

出産(予定)月:令和 年 月 次年度減額あり

対象期間	月	月	月	月	月	月
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 減額申請額

	均等割	所得割	減税額
医療分	円	円	円
支援分	円	円	円
介護分	円	円	円

担当	係長	課長	処理印

