

国民健康保険税産前産後減額申請書

令和 年 月 日

築上町長 殿

申請者(世帯主)

住所	築上町大字
氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日
電話番号	

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	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	昭・平 年 月 日	令和 年 月 日
単胎(4か月)	・	多胎(6か月)
添付資料		
<input 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)

以下職員記入

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

