第９号様式（第３条第９号関係）

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税軽減申告書

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市長　小長井　義正

申告者（世帯主です）

住（居）所　富士市

氏　　名

届出者（上と同じ場合不要）

氏　　名

連絡先

電 話 番 号　　―　　―

次のとおり国民健康保険税の軽減を受けたいので申告いたします。

記号番号（保険証より）	
個人番号（マイナンバー）	
特例対象被保険者等の住所	富士市
特例対象被保険者等の氏名	
離職年月日	平成・令和　　年　　月　　日
離職の理由	11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 23 ・ 31 ・ 32 ・ 33 ・ 34

（注）離職理由を証明する書類を提示してください。

※　国民年金の免除等をご希望の場合は別途お手続きが必要です。

市役所記入欄	受付	チェック
□ 資料印刷　□ 被保メモ入力　□ 「離」確認 対象者宛名番号（　　）		