

特例対象被保険者等申告書

年 月 日

御嵩町長 宛

（申告者〔世帯主〕）

住 所

氏 名

⑩

個人番号

電話番号（ ） —

下記の者は、地方税法第703条の5の2第2項に定める特例対象被保険者等に該当するので、御嵩町国民健康保険税条例第24条の2第1項の規定により申告します。

記

記号番号	—			
離職者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	個人番号			
離職年月日	年 月 日			
離職理由	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者（離職理由コード 11・12・21・22・31・32） <input type="checkbox"/> 特定理由離職者（離職理由コード 23・33・34）			
備 考	雇用保険受給資格者証の写しを添付すること。			

以下は記入不要です。

資格取得年月日	年 月 日	入力年月日	年 月 日
軽減適用年月日 （離職日の翌日）	年 月 日	賦課更正	年度（即時・随時） 年度（即時・随時）