

課長	補佐	係長	係

和泊町長 殿

平成 年 月 日

申請者（世帯主）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電 話 _____

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減適用申請書

離職者氏名		
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日
離 職 年 月 日		平成 年 月 日 歳（離職時）
離職理由 コード	特定受給資格者	11・12・21・22・31・32
	特定理由離職者	23・33・34

（町確認欄）

入 力	確 認