

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

長泉町長 様

長泉町国民健康保険税の軽減を受けたいので、長泉町国民健康保険税条例第 24 条の 3 により、関係書類を添えて届け出します。

届出年月日	年 月 日		
世帯主	ふりがな 氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	長泉町	
	個人番号		
	電話番号		
出産する方	世帯主と同じ（同じ場合は○をつける）		
	ふりがな 氏名		
	住所	長泉町	
	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
出産予定または (出産日)	出産予定日（出産後に提出する場合は出産日） 年 月 日		
単胎妊娠・ 多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎		
<p>(注意事項)</p> <p>1. この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。</p> <p>2. 以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税（料）軽減について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。</p> <p>3. 届出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。</p> <p>① 出産予定日を確認することができる書類（出産後に申請する場合、出産日を確認できる書類）</p> <p>② 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類</p>			

決裁欄（税務課）

課長		リーダー	担当	取扱者

受付印