

特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

豊橋市長 様

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税の課税の特例を受けるため、次のとおり申告します。

対 象 者	住 所													
	氏 名													
	生年月日				年				月				日	
	個人番号 (マイナンバー)													
被保険者記号・番号						電話番号								
世 帯 主 氏 名														
離 職 年 月 日						年				月				日
離 職 理 由 番 号			・ 特定受給資格者 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2											
			・ 特定理由離職者 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4											

(市記入欄)

当初特例適用期間		年 月 ~ 年 月		
1 年	軽減判定所得	適用後	円 (適用前 円)	
2 年	軽減判定所得	適用後	円 (適用前 円)	
宛名番号				
世帯申告状況		申告済 ・ 照会中 ・ 未申告		
受付者	係 () 入力日 年 月 日	担当者 ()		受 付 印