産前産後期間に係る保険税軽減届出書

令和　　　年　　　月　　　日

南関町長　　　　　　　　　　　　　様

届出者（世帯主）：

生年月日：

住所：

電話番号：

個人番号：

南関町国民健康保険税条例第24条の3第2項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

|  |
| --- |
| 出産される方・出産した方の情報をご記入ください。 |
| 住所 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和年　　　　月　　　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| どちらかにチェックをつけ、年月日をご記入ください。 |
| 出産予定日または出産日 | □出産予定日　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日□出産日 | 妊娠の種別 | □単胎　　□多胎 |

**添付書類**

1. **母子手帳の写し**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証番号 | 宛名番号 | 適用日 |
|  |  | /　　～ |
| 更生通知書 | 納付方法 |
| 手渡し　 　/送付　　　/ | □納付書□口座 |

【事務処理欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 審議員 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

伺）上記申告を受理し、内容を確認しましたので、対象者

として国民健康保険税の再算定をしてよろしいか伺います。