

非自発的失業者に対する給与所得 減額申請書(国民健康保険)

令和 年 月 日

長岡郡本山町長 様

申請人 住所: _____

氏名: _____ 印

TEL: _____

下記の対象者が非自発的失業者に該当しますので、給与所得の減額申請
(30/100)をします。

記

対象者: _____

離職日: 年 月 日

添付書類: 離職票 ・ 雇用保険受給資格者証
雇用保険受給資格通知

※以下、町で確認し記入します。

国保資格対象期間		
開始日		終了日
年 月 日	~	年 月 日
国保税対象期間		
開始日		終了日
年 月 日	~	年 月 日