受付印欄

特例対象被保険者等に係る申告書

申請年月日　　年　　月　　日

（あて先）　茅野市長

届出者	住　所	
	氏　名	

私は、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、下記のとおり申告します。

記

世帯主	住　　所	□届出者に同じ 茅野市
	氏　　名	□届出者に同じ
	個人番号 （マイナンバー）	
特例対象被保険者	氏　　名	□届出者に同じ
	生年月日	年　　月　　日
	個人番号 （マイナンバー）	
離　職　年　月　日		年　　月　　日
離職理由（該当番号に○印）		特定受給資格者　　１１・１２・２１・２２・３１・３２
		特定理由離職者　　２３・３３・３４
添　付　書　類		「雇用保険受給資格者証」または「雇用保険受給資格通知」の写し

※本人確認のため、個人番号（マイナンバーカード）を提示してください。
※個人番号通知カードや個人番号が記載された住民票等を提示する場合は、運転免許証やパスポート等の身分証をあわせて提示してください。

	本人確認	確認	入力
処理欄	個人番号カード・通知カード 免許証・旅券・在留カード・身障手帳・通帳 保険証・年金手帳・診察券・高齢受給者証 その他（　　）		／