

産前産後期間に係る小国町国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

小国町長 殿

小国町国民健康保険税条例第 24 条の 3 第 1 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。

	世帯主（納税義務者）	出産する方 ☐ 世帯主と同じ
フリガナ 氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所	〒	〒 ☐ 世帯主と同じ
個人番号		
電話番号	() —	() —
出産予定日 又は出産日	年 月 日	
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎	

※太枠のみご記入ください。

<注意事項>

- 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。
- 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。なお、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又は出産日を記入してください。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
 - ☐ 出産予定日を確認することができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産日を確認できる書類）
 - ☐ 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

【町確認欄】

添付書類	☐ 母子健康手帳写し ☐ その他 ()	
産前産後期間	開始月 ()	終了月 ()
処理欄	☐ 本人確認	☐ 申請情報入力
	受付者	入力者

受付印