|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

茨城町国民健康保険税条例第24条の3関係　　　　　　　国保番号

|  |
| --- |
| 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書年　　月　　日　　　　茨城町長　　　　あて納税義務者　住所　茨城町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　個人番号　　下記のとおり、書類を添え届け出ます。 |
| 出産被保険者 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | [ ]  上記に同じ茨城町　 |
| 個人番号 | 　 |
| 出産について | 出産予定日（出産の日） | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 単胎又は多胎妊娠の別 | [ ]  単胎妊娠　 　 　[ ]  多胎妊娠 |

[ ] 以前の手続き時に提出した書類の使用を許可します。

※注意事項

1. 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。
2. 「出産」とは、妊娠85日以上の分娩をいい、死産、流産（人工妊娠中絶を含む。）及び早産の場合も対象となります。
3. 届出にあたり、出産（予定）日と単胎又は多胎妊娠の別を確認できる書類（母子健康手帳の写し等）を添えてください。

【扱者欄】

🞏　届出者の本人確認書類の写し　　　　　　　🞏　多胎妊娠が分かる書類の写し

（受付確認書でも可）　　　　　　　　　　　　（母子健康手帳、妊娠証明書等）

🞏　出産（予定）日が確認できる書類の写し　🞏　産後届出の場合、出産被保険者と当該出産

　　 （母子健康手帳等）　　　　　　　　　　　　に係る子との関係を確認できる書類の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 減免対象月 | 減免対象月数 |
| 　　年　　　月分～　　　年　　　月分 | 　　年度分 | か月 |
| 年度分 | か月 |

（母子健康手帳、戸籍謄（抄）本等）