

武蔵村山市長 殿

届出人（世帯主）

氏 名 _____
※申請者本人の署名でない場合は記名押印してください。

住 所 _____

連 絡 先 _____

武蔵村山市国民健康保険税特例対象被保険者等該当申告書

武蔵村山市国民健康保険税賦課徴収条例第19条の2に規定する特例対象被保険者等に該当するので、同条例第20条の2第1項の規定により、下記のとおり申告します。

記

記 号 番 号	(記号) 4 6 - (番号)										
該 当 者 氏 名											
該 当 者 個 人 番 号											
該 当 者 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日										
離 職 日	平成・令和 年 月 日										
離 職 理 由											
離 職 時 年 齢	歳										
備 考											

(注) 公共職業安定所(ハローワーク)が発行する雇用保険受給資格者証を添付してください。

確 認 書 類	個人番号確認方法	本人確認方法	処 理 欄	受 付	給 与 所 得	入 力
	個人番号通知カード	運転免許証				
	住民票 職権確認	個人番号カード その他 ()				