|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産前産後期間に係る国民健康保険税減額届出書 | | | | | | | | | | | | | |
| 伊豆の国市長　　　　あて | | | | | | | | | | | | | |
| 伊豆の国市国民保険税条例第27条第３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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 届出年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 記号番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| １　世帯主  （納税義務者） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| ２　出産する方 | 世帯主と同じ | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３　出産予定日又は出産日 | * 出産予定日   令和　　　年　　　月　　　日   * 出産日 | | | | | | | | | | | | |
| ４　単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | 単胎　・　多胎 | | | | | | | | | | | | |
| ＜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　出産予定日で届出する場合は、出産予定日を記入してください。出産後に届出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。なお、以前お住いの市町村に産前産後期間の保険料（税）減額について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産の予定日または出産日を記入してください。  ３　この届出書に次の書類を添えてください。  ・出産の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、出産の日を確認することができる書類）  ・単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類  ＊その他必要に応じて書類を提出していただく場合があります。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 減額対象月 | 減額対象月数 | 受付者 | 入力者 | 確認者 |
| 令和　　　年　　月 | 令和　　　年度分　　　か月 |  |  |  |
| ～令和　　　年　　月 | 令和　　　年度分　　　か月 |