

産前産後期間に関する国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

池田町長 様

納税義務者（世帯主）

住所 池田町 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

個人番号 _____

電話番号 _____

産前産後期間に関する国民健康保険税の軽減を受けたいので、池田町国民健康保険税条例第23条第3項の規定により、届け出します。

記

出産する被保険者

住所 池田町 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

個人番号 _____

出産予定日（出産日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

単胎妊娠・多胎妊娠の別

_____ 単胎妊娠 _____ ・ _____ 多胎妊娠 _____

添付書類

- 出産予定日を確認することができる書類（母子健康手帳など）
（出産後に届出を行う場合： 出産日を確認することができる書類）
 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

※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。