

令和 年 月 日

大槌町長 様

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

大槌町町税条例第 145 条の 6 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。

世帯主氏名 (納税義務者)		個人番号	
		生年月日	
住所	大槌町		
電話番号			
対象者氏名 (出産する方)		個人番号	
		生年月日	
出産予定日 又は出産日	令和 年 月 日	妊娠種別	<input type="checkbox"/> 単胎妊娠 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠

【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軽減について届け出ている場合は、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。
- (3) 届出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。
 - ① 出産予定日（出産後に届出を行う場合は、出産日）を確認することができる書類
 - ② 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

-----以下については市町村記入欄のため、記入しないでください-----

【市町村記入欄】

保険証番号	軽減対象期間	軽減期間における国保加入状況
	令和 年 月～令和 年 月	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部()
資格入力処理日	軽減適用期間	転入前市町村での軽減適用
	令和 年 月～令和 年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有