**様式第２１号の２**（第２条関係）

　国民健康保険料減額届出書

　　年　　月　　日

　　小田原市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 届出人 | 住　所 |
|  | 氏　名 |

　　次のとおり国民健康保険料の減額について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納付義務者 | 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 減額該当者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 年度 | 被保険者証記号・番号 | | | ０７－ |  |  | |  |  |  |  |  |
| 月別 | 保険料額 | | | 月別 | | | 保険料額 | | | | | |
| ４ | 円 | | | １１ | | |  | | | | | |
| ５ |  | | | １２ | | |  | | | | | |
| ６ |  | | | １ | | |  | | | | | |
| ７ |  | | | ２ | | |  | | | | | |
| ８ |  | | | ３ | | |  | | | | | |
| ９ |  | | | 随時 | | |  | | | | | |
| １０ |  | | | 合計 | | |  | | | | | |
| 減　額　を　受　け　よ　う　と　す　る　理　由 | | | | | | | | | | | | |
| 小田原市国民健康保険条例第19条の２の３に該当するため。 | | | | | | | | | | | | |
| 単胎・多胎の別 | | | 単　胎　　・　　多　胎 | | | | | | | | | |
| 出産日又は出産予定日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | □母子手帳の写し | | | | | | | | | |
|  | | | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |