**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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |