

年 月 日

非自発的失業者に係る軽減措置申告書

浦添市長殿

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ (署名又は記名押印)

(連絡先電話番号: _____)

浦添市国民健康保険税条例第22条の規定により、次のとおり非自発的失業者に係る軽減措置について申告します。

記号番号		個人番号	
世帯主氏名		軽減対象者氏名	
世帯主生年月日		軽減対象者生年月日	
電話番号		離職年月日	
世帯主住所			

審査欄	
コード	離職理由(特定受給資格者)
<input type="checkbox"/> 11	解雇
<input type="checkbox"/> 12	天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
<input type="checkbox"/> 21	雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり)
<input type="checkbox"/> 22	雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり)
<input type="checkbox"/> 31	事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
<input type="checkbox"/> 32	事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
コード	離職理由(特定理由離職者)
<input type="checkbox"/> 23	期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)
<input type="checkbox"/> 33	正当な理由のある自己都合退職
<input type="checkbox"/> 34	正当な理由のある自己都合退職(被保険者期間12ヶ月未満)

その他確認事項
<input type="checkbox"/> 特例受給資格者、高年齢受給資格者でない
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の写し提出(原本確認)

決裁			
課長	入力者	地区担当	受付者

入力日		決裁日	
-----	--	-----	--