産前産後期間に係る保険税減免申請書

岩泉町長　　様

岩泉町税条例第 142 条第３項に規定する出産被保険者について、下記のとおり申請します。

届出年月日	令和　　年　　月　　日	
A　世帯主	フリガナ	
	①　氏名	
	②　生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	③　住所	岩泉町
	④　個人番号	
	⑤　電話番号	
B　出産する方	□世帯主と同じ	
	フリガナ	
	①　氏名	
	②　生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	③　住所	岩泉町
	④　個人番号	
C　出産予定日又は出産日		
D　単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎・多胎	

＜注意事項＞

１．この申請書は、出産予定日の６か月前から提出することができます。

２．出産後にこの申請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、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税減免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。

３．申請に当たっては、この申請書に次の書類を添えてください。

①　出産予定日を確認することができる書類

（出産後に申請を行う場合は、出産日を確認できる書類）

②　単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類

職員記入欄

添付書類	□　母子手帳写し　　□　その他書類（　　）
減免期間	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月
受付担当者	