税務課	課　長	課長補佐	係　長	係	取扱者

産前産後期間に係る保険税減免届出書

世帯主（納税義務者）	氏　　名	
	住　　所	壱岐市
	生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
	個人番号	
出産被保険者	□ 世帯主と同じ	
	氏　　名	
	住　　所	□ 世帯主と同じ
	生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
	個人番号	
出産日又は出産予定日		令和　　年　　月　　日
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		□ 単胎　　□ 多胎
減免を受けようとする理由		壱岐市国民健康保険税条例第23条第3項に規定する出産被保険者であるため

（あて先）壱岐市長　様

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

届出者　住所　　□ 世帯主と同じ　□ 出産被保険者と同じ

壱岐市

氏名　　世帯主との続柄（　　）

電話番号

＜ 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. 壱岐市に転入する前にお住いの市町村に産前産後期間の保険料(税)軽減を届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日を記入してください。

受付印

＜ 本人確認書類 ＞	＜ 確認書類添付 ＞
□マイナンバーカード　□運転免許証　□保険証（　国保　・　社保　）	※母子健康手帳など
□運転経歴証明書　□年金手帳　□その他（　　）	□ 出産(予定)日　□ 単胎又は多胎の別

保険課 決裁	課長	課長補佐	係長	係	確認者	受付者	税務課送付日