**産前産後期間に係る保険税軽減届出書**

受 付 印

さつま町長　様

令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

さつま町国民健康保険税条例第23条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世帯主 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | さつま町 |
| 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 出産する方 | □　世帯主と同じ | |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | さつま町 |
| 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 出産予定日又は出産日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | | □　単胎　　　　　　□　多胎 |
| 〈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　出産後にこの届出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料軽減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　届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。  （1）出産予定日を確認できる書類　（出産後に届出を行う場合は、親子関係を確認できる書類）  （2）単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類 | | |

（さつま町記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免除対象期間 | 添付書類 | 本人確認 | 子ども健康係 | 保険係 |
| 令和　 年 　 月分～  令和　 年　 月分 | □母子健康手帳  □(　　　　　　　　　　　　　) | □マイナンバーカード  □運転免許証  □その他(　　　　　　　 ) |  |  |