

市区町村民税非課税等 該不該当 届

| | | | | |
|------|-----|----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係員 |
| | | | | |

| |
|----------|
| 届書番号 |
| 631(該当) |
| 641(不該当) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|---------|--|------|---|---|---|-----|----|-------|---|---|---|--------|---|---|---|----|
| 事業所名 | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | フリガナ | | 生年月日 | | | | 性別 | 区分 | 該当年月日 | | | | 不該当年月日 | | | | 備考 |
| 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 | | 元号 | 年 | 月 | 日 | | | 元号 | 年 | 月 | 日 | 元号 | 年 | 月 | 日 | |
| | | | | 昭5 | | | | 男 | 1 | | | | | | | | | |
| | | | | 平7 | | | | 女 | 2 | 平7 | | | | | | | | |

上記のとおり届出いたします。
平成 年 月 日

被保険者の住所

氏名および印 印

課税に関する証明書を受けられない場合は、下記に理由を記入してください。

上記のとおり事実に相違ないことを証明する。
平成 年 月 日

事業所 所在地

事業主 氏名 印

| | | | |
|-----|----|----|----|
| 事業所 | 課長 | 係長 | 係員 |
| | | | |

| | |
|-----------|--|
| 台帳 記入済 | |
|-----------|--|

受付日付印

添付書類

- 非課税者 市区町村長の課税に関する証明書
- 生活保護の被保護者 福祉事務所長が発行した生活保護開始決定通知書、生活保護廃止決定通知書の写しを、事業主が確認し証明を行ない提出してください。
- その他 非課税者で課税に関する証明を受けられない場合は、その理由を該当欄に記入してください。

記入上の注意

- 区分 1 : 住民税非課税者
- 区分 2 : 生活保護者

市区町村民税非課税等 該 不 該 当 届

届書番号
631(該 当)
641(不該当)

| 事業所名 | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|---------|--|------|---|---|---|-----|----|-----------|---|---|---|-------------|----|---|---|-----|--|
| 被保険者証の記号・番号 | | フリガナ | | 生年月日 | | | | 性別 | 区分 | 該 当 年 月 日 | | | | 不 該 当 年 月 日 | | | | 備 考 | |
| 記号 | 番号 | 被保険者の氏名 | | 元号 | 年 | 月 | 日 | | | 元号 | 年 | 月 | 日 | 元号 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | 昭5 | | | | 男 | 1 | 平7 | | | | | 平7 | | | | |
| | | | | 平7 | | | | 女 | 2 | | | | | | | | | | |

上記のとおり届出いたします。
平成 年 月 日
被保険者の住所
氏名および印 印

課税に関する証明書を受けられない場合は、下記に理由を記入してください。

上記のとおり事実に相違ないことを証明する。
平成 年 月 日
事業所 所在地
事業主 氏名 印

受付日付印