

様式第1号(第14条関係)

令和 年 月 日

国民健康保険税減免申請書

南伊勢町長 様

住 所 南伊勢町 _____

申請者 氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

南伊勢町国民健康保険税条例第14条第1項の規定により減免を受けたく、次のとおり申請します。

減免を申請する税額内容	税 額		納期限
年度	1 期	円	年 月 日
	2 期	円	年 月 日
保 険 証 番 号	3 期	円	年 月 日
	4 期	円	年 月 日
通知書番号	5 期	円	年 月 日
	6 期	円	年 月 日
年間の保険税額	7 期	円	年 月 日
	8 期	円	年 月 日
内 訳 医療分	9 期	円	年 月 日
	1 0 期	円	年 月 日
後期高齢者支援金分	1 1 期	円	年 月 日
	1 2 期	円	年 月 日
介護分			
	随時期	円	年 月 日

減免申請の理由

.....

.....

.....

.....