

国民健康保険税減免申請書						
					年 月 日	
(あて先) 酒々井町長						
住所						
納税義務者						
氏 名						
町国民健康保険税条例第24条の2第2項の規定により、下記のとおり申請します。						
減免申請税額内訳	年 度		納税通知書番号		被保険者番号	
	期 別	納 期 限	税 額①	減免申請額②	減免後税額①－②	
			円	円	円	
減免を受けようとする理由	1 町国民健康保険税条例第24条の2第1項第1号関係(災害等の内容)					
	2 町国民健康保険税条例第24条の2第1項第2号関係(公私の扶助の内容)					
	3 町国民健康保険税条例第24条の2第1項第3号関係(後期高齢者医療制度施行に伴う激変緩和措置)					

この申請書に、申請理由を証明する書類(罹災証明書等)を添付してください。