

## 国民健康保険税減免申請書

年 月 日

六戸町長 殿

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

六戸町国民健康保険条例第24条の3第2項の規定により、 \_\_\_\_\_ 年度の国民健康保険税の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

納税義務者	住 所				
	氏 名				
国 保 番 号					
期 別	1 期	2 期	3 期	4 期	
	5 期	6 期	7 期	随 時	
減免を受けようとする理由（詳しく記入してください。）					

※ 減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。

※ 減免を受けようとする理由が消滅した場合は直ちにその旨を申告すること。