|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　号 | 　　　町　　税　(　国　民　健　康　保　険　税　）　減　免　申　請　書 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　佐　々　町　長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐々町国民健康保険税条例第２３条第３項の規定により下記のとおり減免を申請します。 |
| 納税義務者 | 住　　所 | 　長崎県北松浦郡佐々町 |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |
| 減免を受けようとする国民健康保険税 | 年　　度 | 税　　目 | 納　　期 | 税　　額 | 備　　　　考 |
| 　　　年度 | 国民健康保険税 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 減免申請の事由 |  |

　　※　この申請書は納期限前７日までに提出するものです。ただし、特別な事情がある場合は、この限りではありません。