|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。