

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。