

様式第3号(第2条関係)

国民健康保険税減額（免除）申請書

年 月 日

阿賀町長 神 田 敏 郎 様

住 所 _____

被保険者証記号番号 _____

氏 名 _____ 印

平成 年度の国民健康保険税の減額（免除）を受けたいので、条例第13条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、下記事由に該当しなくなった場合は速やかに届け出るとともに、減額（免除）の一部又は全部を取り消されても異議はありません。

記

年 度	期 別	税 額
	期以降	円
減免を受けようとする事由		

(注1) 減額（免除）を受けようとする事由を証明する書類等を添付してください。

(注2) 上記事由に該当しなくなった場合は、減額（免除）を受けていた税額が再度課税されることとなります。