　年　　月　　日

築 上 町 長 　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（世帯主） | |
| 住所 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 電話 |  |

国民健康保険税減免理由消滅申告書

年　月　日付けで決定を受けた国民健康保険税の減免について、その理由が消滅したので、築上町国民健康保険税条例第27条第３項の規定に基づき申告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証番号 |  |
| 減免理由の消滅の日 | 年　　月　　日 |
| 減免の理由が消滅した理由（具体的に記入して下さい。） | |
| 添付書類 | |