様式１号（第３条関係）

　　年　　月　　日

八百津町長　様

申　請　者　　住　所

（納税義務者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

電　話

**国 民 健 康 保 険 税 減 免 申 請 書**

　国民健康保険税について、下記により減免を受けたいので、「提出書類一覧」のとおり減免を受けようとする理由を証明する書類等を添えて申請します。

　なお、当該減免申請にあたり、減免の決定又は減免申請の内容を確認する調査のために必要があるときは、私及び私の世帯員の収入や資産等の状況につき、八百津町長が官公署に必要な書類の提出を求め、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇い主、その他関係人に報告を求めることに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　　　度 |  | 減免を受けようとする理由（減免を受けようとする事由等を具体的に記入してください） |
| 納税通知番号 |  |
| 期　　　　別 | 税　　額 |  |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |
| ６ |  |
| ７ |  |
| ８ |  |
| ９ |  |
| １０ |  |
| 合　　　計 |  |

※この減免申請書及び減免を受けようとする理由を証明する書類は、納期限前７日までに提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 受　　付　　印 |
|  |  |