様式第4号（第9条関係）

**国民健康保険税減免理由消滅申告書**

年　　　月　　　日

（あて先）　宇美町長

（納税義務者） 住所　　宇美町

氏名

TEL　　　　－　　　　　－

（代 理 人） 住所

氏名

　(納税義務者との続柄：　　　　　　)

TEL　　　　－　　　　　－

年　　月　　日付け　　　　第　　　号で通知があった　　　　年度国民健康保険税の減免の決定について、減免事由が消滅しましたので、宇美町国民健康保険税の減免の取扱いに関する規則第9条の規定により申告します。

記

１　減免事由が消滅した年月日　　　　　年　　　月　　　日

２　減免事由の消滅理由