様式第2号(第5条関係)

　第　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　様

宇美町長　　　　　　　　印

**国民健康保険税減免決定通知書**

年　　月　　日付で申請のあった　　　　年度国民健康保険税の減免につきましては、次のとおり決定したので通知します。

なお、減免事由に該当しなくなった場合は、減免理由消滅申告書を提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 　 | 年度区分 | 　年度 |
| 被保険者番号 |  |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 | 決定減免額 | 円 |
| 減免前保険税額 | 円 | 減免後保険税額 | 円 |
| 減免理由 |
| 　 |

|  |
| --- |
| （教示） |

問い合わせ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号