様式第5号(第9条関係)

第　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

宇美町長　　　　　　　　　　印

**国民健康保険税減免取消通知書**

年　　月　　日付で決定しました　　　　年度国民健康保険税の減免につきましては、次のとおり取り消しましたので通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 減免取消理由 |
| 　 |

|  |
| --- |
| （教示） |

問い合わせ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号