様式第６号（第８条関係）

国民健康保険税減免取消通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

申請者（納税義務者）

　　　　　　　　　　様

八頭町長

　　　年　　月　　日付発八税第　　号で減免決定通知した　　　　年度国民健康保険税については、次のとおり減免を取消しますので通知します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 減免取消年月日 | | 取消による減免終了年月 | | |
| 年　　月　　日 | | 年　　　　月 | | |
| 課税年度 | 期別 | 当初課税額 | 減免税額 | 納付すべき税額 |
| 年度 | 第　　　　　期から  第　　　　　期 | 円 | 円 | 円 |
| 減免取消事由 | 八頭町国民健康保険税の減免に関する規則第７条 | | | |

この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に町長に対して審査請求をすることができます。