

令和 年 月 日

平戸市長 様



申請者

(住所または所在地)

(職 業)

(電 話 番 号)

(氏名または名称) 印

(個 人 番 号)

国民健康保険税減免理由消滅申請書

令和 年 月 日付で決定を受けた国民健康保険税の減免について、その理由が消滅したので、平戸市国民健康保険税第24条第3項の規定に基づき申告します。

減免理由の消滅日	令和 年 月 日
減免理由の消滅した理由（具体的に記入して下さい）	
添付書類	