

令和 年 月 日

松川村長 様

申請者（世帯主）

住所	
氏名	
電話	

国民健康保険税減免理由消滅申告書

年 月 日付け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
たので、松川村国民健康保険税条例第 25 条第 3 項の規定に基づき申告します。

記

被保険者証番号	
減免理由の消滅の日	年 月 日
減免の理由が消滅した理由（具体的に記入して下さい。）	
添付書類	