

国民健康保険税 旧被扶養者に関する減免申請書

年 月 日

白浜町長 あて

住 所 白浜町 _____

世 帯 主 _____ ㊞

年度の国民健康保険税について、白浜町国民健康保険税条例第26条第1項3号の規定により、減免を申請します。

【申請者の世帯構成】

| 氏 名 | 生 年 月 日 | 資格取得日 |
|-----|---------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※資格喪失証明書もしくは旧被扶養者異動連絡票等を添付してください。