

別記様式第1号（第5条関係）

国民健康保険税減免申請書						
年 月 日	納 税 者	住所（所在地）				
高千穂町長 様		氏名（名称及び 代表者氏名）	㊟			
			電話番号			
下記のとおり減免されたく申請します。						
減 免 を 受 け よ う と す る 金 額 等	年 度 別	納 期 限	税 額	※軽減又は 免除の割合	※減免を受けよ うとする税額	摘 要
			円		円	
	合 計					
減免を必要と する理由						
※ 処理欄 調査者（職・氏名） ㊟						
※調査結果						
	該 当 事 項	新型コロナウイルス感染症の影響により高千穂町国民健康保険税条例第24条第1項第1号の対象となる者の基準等を定める規則 第 条 第 項 第 号				

(注) 1 ※印欄は記入しないでください。
 2 この申請書には減免を必要とする事由を証する書面等を添付してください。