様式第3号(第4条関係)

<table>
<tr><td colspan="4">利根町国民健康保険税減免申請書</td></tr>
<tr><td colspan="4">年　　月　　日

利根町長　　様

納税義務者
住（居）所
氏　　名　　印
個人番号

下記のとおり減免して下さるよう申請します。</td></tr>
<tr><td>納税通知書番号</td><td>年　　度</td><td>税　　目</td><td>期　　別</td></tr>
<tr><td>第　　号</td><td>年度</td><td>国民健康保険税</td><td>期</td></tr>
<tr><td>税　　額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>減免申請額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>納期限</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>減免を必要とする理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>