別記様式第2号（第3条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日南町国民健康保険税減免審査結果通知書 | | | |
| 発第　　　　　　　　号  年　　月　　日  様  日南町長  　　　　年　　月　　日付の申請について、下記のとおり決定したので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日から3か月以内に行政不服審査法の規定により町長に異議の申し立てをすることができます。  記 | | | |
| 審査結果 | | 適・否 | |
| 減免をしない理由 | |  | |
| 減免内容 | 減免理由 | 日南町国民健康保険税減免規則別表　　　該当 | |
| 減免期間 | 年　　月　～　　　　年　　月 | |
| 区分 | 医療分 | 介護分 |
| 減免前 | 円 | 円 |
| 減免額 | 円 | 円 |
| 減免後 | (A)　　　　　　　　　　円 | (B)　　　　　　　　　　円 |
| 決定税額 | (A)＋(B)　　　　　　　　　　　　円 | |