別記様式第4号（第7条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 日南町国民健康保険税減免取消通知書 | |
| 年　　月　　日  様  日南町長  　　　　年　　月　　日付で決定した減免について、下記のとおり取り消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 | |
| 取消した減免期間 | 年　　月　～　　　　年　　月 |
| 取消した減免額 | 円(　　　　年度) |
| 取消前賦課額 | 円(　　　　年度) |
| 取消後賦課額 | 円(　　　　年度) |
| 取消理由 |  |