国民健康保険税減免申請書（旧被扶養者用）

年　　月　　日

（宛先）茂原市長

申 請 者	住　　所	
	氏　　名	
	電話番号	（　　）

下記の理由により、茂原市国民健康保険税賦課徴収条例第２５条第１項の規定による国民健康保険税の減免を申請します。

被 保 険 者 番 号								
納 税 義 務 者	住　　所							
	氏　　名							
減　免　の　理　由		旧被扶養者減免の対象であるため。 （茂原市国民健康保険税賦課徴収条例第２５条第１項第２号）						
対　　象　　者		□　申請者と同じ □　納税義務者と同じ □　その他（　　）						
対　象　年　度		年度から						