第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**差押解除通知書**

**固定文言１＋編集１**

以下の財産の差押えを解除します。(根拠法令 － 根拠法令)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 滞納者 | 住（居）所 |  | | |
| 被保険者番号 |  | 氏名 |  |
| 差押財産 |  | | | |
| 差押年月日 |  | | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集２** | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |