

国民健康保険税納付方法変更申出書

令和 年 月 日

阿 賀 野 市 長 様

私は、国民健康保険税を口座振替により納付することを希望し、その旨、申し出いたします。

【申出者記入欄】

| | | | |
|--------|---------------------|----------|--|
| 住 所 | 阿賀野市 | | |
| 電話番号 | — | | |
| 世帯主の氏名 | | 生 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |
| 申出者の氏名 | ※世帯主が申し出される場合は、記入不要 | 生 年 月 日 | |
| | | 昭和 年 月 日 | |

※ 税務課記入欄 この欄は記入しないでください。

○ 口座振替手続きの完了・未了の確認（1，2のいずれかに○）

1. これまでの登録口座より引き続き口座振替をする。

2. 新たに口座振替の申し込みを行う。 完了・未了（いずれかに○）

【備 考】
