

平群町国民健康保険税 特別徴収中止申出書

被 保 険 者 証	記 号	奈 1 3	番 号	
-----------	-----	-------	-----	--

役 記 入 欄
世帯主 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
申請者 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票

納 税 義 務 者 (世 帯 主)	住 所											
	氏 名											
	個人番号											
	生年月日	年			月			日				

振 替 口 座	(フリガナ)																				
	口座名義人																				
	ゆうちょ銀行	通帳 番号											の								
	上記以外の 金融機関	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協											本 支 店 出 張 所								
	1. 普 通 2. 当 座 3. その他	口 座 番 号																			

※ただし、口座振替により納期限どおり引き落としができない場合について、特別徴収を再開させていただく場合がありますのでご注意ください。

上記のとおり申し出致します。

年 月 日

住 所 平群町 _____

申 請 者 氏 名 _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連 絡 先 _____ () _____

平 群 町 長 様