

国民健康保険税納付方法変更申出書

平成 年 月 日

阿波市長 殿

私は、下記の要件を満たしているため、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。

<要件>

- ① 過去2年間の国民健康保険税を滞納なく納付していること。
- ② 今後の国民健康保険税を口座振替により納付すること。※

※ 口座振替の手続きがまだの場合は、金融機関で口座振替の手続きをお願いします。
本申出書提出の際、口座振替依頼書控えを必ず持ってきてください。

【申出者記入欄】

住 所	〒
電話番号	
世帯主の 氏 名	印
申出者の 氏 名	※世帯主が申し出される場合は、記入不要 印

阿波市確認事項

- 過去2年間の国民健康保険料（税）の納付状況の確認
 - ・ 国保資格取得年月日 平成 年 月 日
 - ・ 過去2年間の納期数 月（うち納付済月数 月）
 - ・ 特別事情（滞納について考慮すべき事由があれば以下に記載。）

- 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○）