

様式第2号（第2条関係）

年 月 日

光市長 様

国民健康保険税徴収方法変更申出書

国民健康保険税を口座振替により納付したいので、光市国民健康保険税特別徴収取扱規程第2条第3項の規定により、申し出ます。

【申出者記入欄】

住 所	〒 電話番号
世帯主の 氏 名	
申出者の 氏 名	※申出者が世帯主である場合は、記入不要

市処理欄

- 国民健康保険税の納付状況の確認（いずれかに○）  
完納 ・ 滞納有
- 口座振替手続の完了・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込みを行う。 完了・未了（いずれかに○）
- 特徴停止月（いずれかに○） **【 4月 6月 8月 10月 12月 2月 】**