

# 稲城市市税・国民健康保険税口座振替依頼書（自動払込利用申込書<sup>㊤</sup><sup>㊦</sup>）

私は、納税義務者が稲城市に納める次の市税・国民健康保険税を、指定口座から口座振替の方法により納付することについて、約定を確認の上、依頼します。

## 【1】納税義務者 国民健康保険税の場合は世帯主と同一です。

住所	(〒      -      )		
氏名	フリガナ		
	漢字		
電話番号	(日中に連絡の取りやすい電話番号) ☎ (      )		

## 【2】振替口座 ※取扱金融機関は裏表紙をご覧ください。

口座届出印

氏名	フリガナ			
	漢字			

金融機関 ゆうちょ銀行以外の	銀行		本店	金融機関コード	
	金庫		支店	(金融機関使用欄)	
	組合		出張所		
支店コード (金融機関使用欄)		預金種別		口座番号(右詰めでご記入ください)	
		① 普通      ② 当座			
		③ 納税準備			

銀行 ゆうちょ	通帳記号				通帳番号(右詰めでご記入ください)							
	1			0	-							

種目コード：166 契約種別コード：35 払込先口座番号：00170-6-961184 払込先加入者名：稲城市会計管理者

## 【3】振替依頼内容

必ず裏面の『口座振替(はがき)の申込期限と振替日』をご確認ください。

☐ 市・都民税(普通徴収)

開始時期   最短開始期別から   全期(一括)振替 ☐

☐ 軽自動車税(種別割) (所有するすべての車両が対象)

開始時期   最短開始期別から

☐ 固定資産税・都市計画税

開始時期   最短開始期別から   全期(一括)振替 ☐

☐ 国民健康保険税(世帯全員分が対象)

開始時期   最短開始期別から   全期(一括)振替 ☐

通知書番号(納付書に記載されています)

所有するすべての固定資産について振替を希望しますか  
(選択がない場合は、「希望しない」とさせていただきます。)

☐ 希望する

返却先：〒206-8601 稲城市東長沼2111 稲城市役所 収納課  
電話：042(378)2111 内線157~160

金融機関 使用欄	承認印	不備返却事由
		<input type="checkbox"/> 預金取引なし
		<input type="checkbox"/> 記載事項等相違(店名、預金 種目、口座番号、口座名義)
		<input type="checkbox"/> 印鑑相違
		<input type="checkbox"/> その他(      )

太枠内のみ記入・押印(印鑑レス口座の場合、サイン)してください。