

口座振替受付サービス確認書

年 月 日

加賀市長あて

受付（保険年金課・税料金課）

太枠の部分をご記入ください。

申込書	住 所	加賀市
	氏 名	口座名義人との続柄（ ）
	連絡先	電話番号
カ ナ		
口座名義人		

私は、次の税金・料金について口座振込（自動払込）の利用を申し込みしました。

本人確認（運転免許証・マイナンバーカード・その他）

振込開始年月日 年 月

納付者の住所・氏名		対象税目（申し込み項目に○をつけてください）
住所		1. 市民税 2. 固定資産税 3. 軽自動車税 4. 国民健康保険税 5. 後期高齢者医療保険 6. 介護保険 ○分納納付（ ） 個人コード
氏名		
住所		
住所		1. 市民税 2. 固定資産税 3. 軽自動車税 4. 国民健康保険税 5. 後期高齢者医療保険 6. 介護保険 ○分納納付（ ） 個人コード
氏名		
住所		
住所		1. 市民税 2. 固定資産税 3. 軽自動車税 4. 国民健康保険税 5. 後期高齢者医療保険 6. 介護保険 ○分納納付（ ） 個人コード
氏名		
住所		

●伝票添付

こちらに収納機関控の（端末機から出力される伝票を添付）