

年 月 日

預金口座振替及び自動払込廃止届

千 代 田 町 長 様

届出者 住 所
氏 名 印

貴町に申込みしている下記の千代田町税等の預金口座
振替及び自動払込契約を廃止したいので届けます。

◎ 届出日及び太枠内をご記入ください。

(フリガナ)			行政区及び世帯番号
納税義務者等氏名			—
※ 納税等管理人を指定されている場合は、納税等義務者を()書きしてください。			
住 所	(〒 -) (TEL - -)		
振 替 町 税 等	町県民税(特別徴収を除く)	軽自動車税	
	固定資産税(都市計画税を含む)	介護保険料	
	国民健康保険税	後期高齢者医療保険料	

※ 廃止を希望する町税等に○をつけてください

(フリガナ)			金融機関名(支店名又は支所名まで)			
預 金 者 氏 名 及 び 預 金 口 座			預金種目	1 普通	2 当座	
			口座番号			

受 付 印	
---------------------	--