

# 近江八幡市介護保険料 口座振替停止依頼書

令和 年 月 日

近江八幡市長 様

申請者 住所 .....

名前 .....

印

私は近江八幡市に納める介護保険料の口座振替を下記のとおり停止しますので届け出ます。

記

納付義務者	住 所			
	フリガナ		電話	( )
	名 前			—
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月	日生

○ 振替納付の停止日

停止日	申請日から ・ 令和 年 月 日から
-----	--------------------

入力日	担当