様式第57号

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日〒　　　　　　　様小野町長　　　　　　　　　　印介護保険料　口座振替不能通知書口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、下記の理由により振替できませんでした。同封の納付書で、取扱期限までに必ず納めてください。 |
| 　 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 1　振替不能の保険料額 |
| 　 | 　　　　　年　　期分 | 金額 | 円 | 　 |
| 振替できなかった理由 | 　 |
| 2　催促及び延滞金保険料をこのまま納付されないと、催促状が発送されるほか延滞金が徴収されます。なお延滞金は、納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、保険料額に〇.〇％の割合を乗じて計算した額です。この場合における年当りの割合は、閏年を含む期間についても365日当りの割合です。 |
| 　 | 取扱期限 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 　 |
| 問い合わせ先〒963―3401福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地福島県田村郡小野町役場　税務課　電話番号 |