

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

〈お問い合わせ先〉
〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

金融機関名			
口座種別		口座番号	
名義人			
納組コード*		納組名称	

納税義務者			
生年月日		性別	
住所			

既に口座振替を依頼されている場合は、この通知書には納付書を同封して
おりません。

通知書番号

市 民 税 額 表												
医 療 分			支 援 金 分			介 護 分			子 ど も 分			
区 分	課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)
所 得 割	円	×	%	円	×	%	円	×	%	円	×	%
資 産 割	円	×	%	円	×	%	円	×	%	円	×	%
均 等 割	人		円	人		円	人		円	人		円
平 等 割 額												
合 計 (A)												
軽減額	軽減区分			軽減区分			軽減区分			軽減区分		
	所得割額			所得割額			所得割額			所得割額		
	均等割額			均等割額			均等割額			均等割額		
	平等割額			平等割額			平等割額			平等割額		
	軽減額計(B)			軽減額計(B)			軽減額計(B)			軽減額計(B)		
限度超過額(C)												
増減調整額(D)												
条削減免額(E)												
減免額(F)												
年税額 (A - B - C + D - E - F)		①				②			③			④
徴 収 方 法						1人あたり18歳以上均等割額				円		
特別徴収義務者						年 税 額 (①+②+③+④)				円		
特別徴収対象年金						※子ども分の18歳以上均等割額は、均等割額に合算して表示しております。						
特別徴収対象年金額		円				また、18歳未満均等割軽減額は、均等割軽減額に合算して表示しております。						

通知書番号

[illegible]

賦課限度額は、医療分は50万円、支援金分は13万円、介護分は10万円です。限度超過世帯の被保険者人数に異動（増減）や総所得の変更があっても年間保険税に変更がない場合があります。