

介護保険料還付金振込先金融機関登録依頼書 (申請書番号 51)

年 月 日

岬町長宛

〒

住所 \_\_\_\_\_

被保険者 フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

※電話番号は、平日昼間連絡がとれる電話番号をご記入ください。

下記の口座に振込を依頼します。

金融機関名		銀行 信用金庫 農協	支店名		支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 (通常)		口座番号		
フリガナ					
口座名義人					

町処理欄

受付	被保険者番号	徴収区分	振込口座入力		送付先	確認
		特徴 ・ 普徴	保険料	給付		