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 | □ 普通　□ 当座　□ 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 |  |  |