

介護保険料還付金振込口座連絡票

_____年 ____月 ____日提出

郵便番号 _____ 被相続人との関係 _____

相続人の住所 _____

相続人の氏名 _____

電話番号 (_____) _____

被相続人の氏名
(亡くなられた方の氏名) _____

口座名義人の住所
(相続人と同一の場合、省略) _____

※ (介護保険高額介護サービス費がある場合、同じ口座へ振り込むときは、右の□をチェックして下さい)

振込先銀行		金庫 銀行 組合										本店 支店 出張所
口座 種 別	1.普通預金	支店番号(3桁)				口 座 番 号(7桁)						
	2.当座預金											
	3.その他 (_____)			-								
フリガナ												
口座名義												

- * 振込先は、相続人の口座を記入してください。
- * 銀行名、支店名及び口座番号は正確に記入してください。(支店番号が不明の場合は空欄でお願いします)
- * 該当する口座種別に○をつけてください。
- * 口座名義のフリガナ表記は、必ず記入してください。

留萌市記入欄

被保険者番号	年度／期別	伝票整理番号
収納額	調定額	過誤納額
充当額	還付額	支払日