

# 介護保険料還付金振込口座連絡票

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日提出

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所(本人) \_\_\_\_\_

氏名 (本人) \_\_\_\_\_

電 話(本人) ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

口座名義人の住所  
(本人以外の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

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 (漢字)												

- \* 銀行名、支店名及び口座番号は正確に記入してください。
- \* 該当する口座の種別に○をつけてください。 記入されていない場合には、口座振替できない場合があります。
- \* 口座名義のフリガナは、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