　　介護保険料還付等振込依頼書

清須市長　様

介護保険料還付金及び高額介護（予防）サービス費等の未支給金がある場合、下記口座に振り込みを依頼します。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

※この書類は、介護保険料の還付金又は高額介護（予防）サービス費等の支給を保証するものではありません。

また、不足する場合には、後日お送りする納付書により不足分を納付していただく場合もあります。　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係  （例：妻、夫、長男、長女） | | | | | |  | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | 都・道  府・県 | | | |  | | | | | | 区・市  町・村 | | |  | | | |
| 連絡先　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者と口座名義人は同一にお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 大正・昭和　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | |
| 還付発生事由 | 死　亡　・　転　出　・　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | 還付発生事由年月日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関  コード |  |  | | |  | | |  | | | 支店コード  店　　番 | | |  | |  | |  | | | 預金種目 | | |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | | | | | | | 支店名  店　番 | | | 支店  本店 | | | | | | | 普　通　・　当　座 | | |
| 口座番号 |  | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 口座名義人 | カナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 漢字氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |