

口座振込申出書

令和 年 月 日

栄町長 様

〒

住 所

氏 名

電話番号

貴町から私に支払われる介護保険料還付金は、銀行振込の方法により受領したいと
思いますので、下記に指定する預金口座宛に振り込んで下さい。

なお、私は、振り込みと同時にその代金を受領したものとします。

記

1. 金融機関名 銀行・金庫・農協 支店・支所

2. 預金種別 普通・当座

3. 口座番号

--	--	--	--	--	--	--

(フリガナ)

4. 口座名義

(町処理欄)

名簿入力	宛名入力	還付処理