

介護保険料還付金請求書

被保険者番号 _____ 被保険者氏名 _____
 年度 _____ にかかる還付金を請求する。

還付金額	円
------	---



請求者	住 所	(〒 _____) 電話番号 (_____)
	氏 名	_____ 様 印

- ※1 請求者欄には、被保険者ご本人又はその相続人（被保険者死亡の場合）のご住所・お名前をご記入下さい。
- ※2 印かんは認め印でかまいませんが、必ず朱肉ではっきりと押して下さい。
- ※3 印かんは8mm角内に入る印影の小さな印かんや、シャチハタなどのゴム製の印かんではお支払いはできません。

受領方法 (数字を○印で囲んでください。)

1. 口座振込で _____ ●後日あなたの預金口座に振込みますので受領方法1の中に口座番号等をお受け取りになる場合 正確に記入してください。
 ●預金者氏名は、請求氏名と同一人の口座でないと振込できません。

振 込 先	フリガナ										
	預金者氏名										
	金融機関名									銀行・信用金庫 農協・漁協・信用組合	本 支 店 支 所
	口座番号	(普通 当座)									
ゆうちょ銀行を指定する場合	店番					振込用口座番号					

※ゆうちょ銀行を振込先として指定する場合は、「他銀行からの振込用」として指定された店番と口座番号を記入してください。

2. 区福祉・介護保険課窓口 _____ ●口座等がなく、やむを得ず区役所で現金受取を希望される方。
 でお受け取りになる場合 ◎窓口での還付金のお支払い日時は、改めてご通知します。
 ◎お支払いの際、この請求書に押印された印かんが必要となります。