

# 口座振込依頼書

先に通知のありました介護保険料における過誤納金については、下記の口座に振り込むよう依頼します。

年 月 日

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 ( ) \_\_\_\_\_

口座振込依頼欄	銀行・金庫 組合・農協 信用金庫		本店 支店 本所 支所	種別	普通・当座・ ( )
				口座番号	
口座名義人	フリガナ				
	氏名				

※ゆうちょ銀行（郵便局）を指定の場合、支店名（例：二三八支店）及び7桁の口座番号をご記入ください（記号番号とは異なります）。

**本人名義の口座がなく、本人以外の口座に振込を希望する場合は、下記の委任状が必要です。**

## 委任状

下記代理受領者に介護保険料における過誤納金の受取を委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
(納入者本人)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理受領者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)