

介護保険料還付金・介護給付費等振込先指定届

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|--------------|----------------|
| 被 保 険 者 | 番号 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| 事由発生日 | | 年 月 日 | 死亡・転出・その他（ ） | |
| <p>(宛先) 美祢市長</p> <p>上記事由による介護保険料還付金・介護給付費等の口座振込先を下記のとおり指定 します。 なお、これらの受領に関しては、届出人が一切の責任を負うことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>届 出 人 住 所 _____ (被保険者又は相続人) 氏 名 _____ ⑩ (続柄 _____) 電話番号 _____</p> | | | | |

| | | | | |
|------------------|-------------------|-------|---------------------------|-------------------------|
| 金 融 機 関 | 銀 行 農 協 金 庫 | | | 本店 (所) 支店 (所) 出張所 |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 預金種別 | 口座番号 |
| | | | 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 | |
| フリガナ | | | | |
| 口座名義人 | | | | |

※ご本人様が死亡の場合のほかは、原則、ご本人様の口座でお受け取りください。

(※届出者と口座名義人が異なる場合には、次の欄に署名・押印をお願いします。)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>私は、介護保険料還付金・介護給付費の受領を上記の者（口座名義人）に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">_____ 委任者 _____ ⑩</p> | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|