介護保険料還付請求書

令和　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　**〒**

請求者

被保険者との続柄

電話番号　（　　　　　）　　－

被保険者番号　　　　　 　　　　被保険者　　　　　　　　　に対する過誤納のあった

介護保険料について請求します。

　なお、還付金は下記金融機関口座に振り込むよう依頼します。

振 込 先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | 店 舗 名 | | | 種別 | 口座名義 | (ｶﾅ) | | | | | | |
| 農協  銀行  組合  金庫 | | | | 本店  支店 | | | 普通  当座 |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

　※ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合は、事前に、ご本人による

振込み用の店番・預金種別・口座番号・受取人カナ氏名のご確認が必要です。

　確認方法については、ゆうちょ銀行にお問合わせください。

北広島町処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　領　日 | 未支給年金 | 口　座 | | | 備　　　　　考 |
|  | 有・無 |  | |  |  |
| 手続き | 宛　名 | | |
| 有・無 |  |  | |