**介護保険料還付金及び介護給付費等振込先口座指定届**

　　　南 幌 町 長　　あて

　　当該被保険者に係る介護保険料還付金等の振込先口座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私が一切の責任を負い、貴町に責任を問わないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 届出年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 届出人氏名 | 　　　　　　　　　　　　㊞ | 被保険者との関係 | １　本人２　親族　（　　　　　　　）３　その他（　　　　　　　） |
| 届出人住所 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 1 | 0 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | ﾐｽﾞｸﾞﾁ　ｴｲｺ | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 水口　榮子 | 男・女 | 明・大・昭 　 １０年　３月１０日 |
| 住所 | 〒069-0237　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　　－空知郡南幌町栄町２丁目１番２４－２号 |
| 資格喪失理由 | １　死亡　　２　転出　　３　その他（　　　　　　　　　　） |
| 死亡（転出）日 | 令和４年２月１５日 |
|  |

 介護保険に関する還付金等について、下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座名義人** | **銀行等** | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 |
| 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店支　店出張所 | １　普通２　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 支店コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ゆうちょ銀行** | 金融機関名 | 店名・店番 | 種目 | 通帳番号 |
| **ゆうちょ　銀　行** |  |  |  | １　普通２　貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| ※店名・店番がご不明の場合は記号・番号をご記入ください。 | 記号　　　　　　　　番号 |
| **フリガナ** |  |
| **口座名義人氏名****（※必ずご記入ください）** |  |

* 死亡された方の還付金については、**相続人名義**で記入してください。
* 転出された方の還付金については、**被保険者本人名義**で記入してください。
* 介護保険料の不足分が生じた場合には、届出者または被保険者あてに納付書を送付させていただきます。