

介護保険料還付口座振込依頼書

年 月 日

枚方市長あて

以下のとおり、被保険者の介護保険料還付金について、振込先口座を申請します。

なお、相続人による申請の場合は、以下の申請者が相続人を代表して申請し、枚方市より還付の決定に必要な資料を求められた場合は、取りまとめて対応します。また、他の相続人からの問い合わせについて情報提供することを了承し、もし他の相続人より異議があった場合は、相続人代表として解決に努めます。

被保険者情報（納付した介護保険料が過誤納になっている対象の方を記入してください。）

被保険者番号	被保険者氏名	被保険者生年月日
0 0 0		年 月 日

申請者情報（該当する申請者区分□に○をつけ、記入と必要書類（写し可）を添付してください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者本人	①④を記入。本人以外の口座を指定する場合のみ被保険者の身分証明書を添付。
<input type="checkbox"/>	相続人※	①②③④を記入。相続人の身分証明書を添付。※法定相続人以外の場合は遺言書も添付。
<input type="checkbox"/>	法定代理人	①②③④を記入。登記事項証明書など法定代理人とわかるものと、身分証明書を添付。
①申請者氏名（自署） ※自署が難しい人は、自署以外（代筆、スタンプなど）の記名と押印		②被保険者からみた続柄
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子
		<input type="checkbox"/> 他（ ）
③申請者住所 〒 —		
④連絡先電話番号		

振込先情報

振込先コード		名称（コードがわからない場合、記入してください。）	
金融機関コード (ゆうちょは9900)		銀行名 (ゆうちょ可)	銀行・農協・労働金庫 信用金庫・信用組合
支店コード (店番)		支店名 (ゆうちょは漢数字3桁)	本店・支店（支所） 出張所
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口座番号（7桁）	
口座名義人カナ			
口座名義人			

委任状欄（申請者以外の口座に振込む場合、記入してください。）

還付金の受領に関する一切の権限を（口座名義人） _____ に委任します。

記入・提出の注意点

- * 申請者 ... 申請者区分にあてはまる方のみが申請が可能です。
- * 添付書類 ... 申請者区分に応じた必要書類（郵送の場合は写し）を添付してください。
- * 振込先口座 ... 金融機関コード・支店コードは申請時点で使用可能な数字を記入してください。

枚方市 使用欄	受付	郵送	理由	転出・死亡・所得更正・未支給年金	喪失 日	身分 証明 書	マ・運・	送
		窓口（ ）		他（ ）			医・介・	