

請求金の支払方法申出書

年 月 日

月形町長 様

申請者・相続人
(通知などの送付先)

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話(自宅・職場) _____ - _____

携帯電話 _____ - _____

(※電話番号は日中連絡がつく番号でお願いします。)

1 被保険者 (転出者・死亡者・その他)

氏 名	
-----	--

2 支払方法 (どちらかに☑をつけて下さい。)

口座振替払 現金払



3 口座振替払

請求内容		介護保険料・高額介護サービス費・介護保険関連料金()					
振 込 先	金融機関名	銀行		本店			
		金庫		支店			
		農協					
	種 別	普通		当座			
	口座番号						
口座名義(カナ)							
口座名義(漢字)							

※現金払の場合、後日役場出納室より通知が送られて来ますので、印鑑を持参のうえ、役場出納室窓口まで受け取りに来てください。