

次のいずれかの方法にて送付してください。

1. 市町介護保険担当課へ提出する。
(東海市高齢者支援課、大府市高齢障がい支援課、知多市長寿課、東浦町ふくし課)
2. 知多北部広域連合へFAX送信する。 FAX:052-689-2265
3. 同封の返送用封筒にて返送する。

介護保険口座振込依頼書

年 月 日

介護保険に係る保険料等の還付金及び保険給付費等の償還金を下記口座に振り込んでください。

※下の被保険者欄と同一内容の項目は記入の必要はありません。

※太線の中を記入してください。

届出者	氏名	
	住所	
	電話番号	() —

被保険者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名	振込口座と同一の場合不要 ⑩													
	住所														
	電話番号	() —													

※本人以外の口座を指定する場合、被保険者氏名欄にご本人が署名押印してください。

※亡くなられた方の場合、相続人の方の口座を指定してください。(印鑑は不要です。)

※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は裏面の内容を確認の上、記入してください。

振込口座	振込先金融機関			フリガナ				被保険者との続柄		
	金融機関名	支店名		口座名義人						
	銀行 金庫 組合	本店 支店								
金融機関番号			店番号		預金種目		口座番号			
					1 普通 2 当座					

(あて先) 知多北部広域連合会計管理者

処理欄

課長	補佐	係長	係

課付課長	受付者

受付印

