

市受付用

※太枠内のみご記入ください。

小平市介護保険料

口座振替依頼書・自動払込利用申込書

申込み年月日 年 月 日

被 保 険 者 氏 名	フリガナ
	お名前
	〒 電話 - -
ご住所	

口座 名 義 人	フリガナ	お 届 印
	お名前	

以 外 の 金 融 機 関 銀 行	銀行 本店		
	信用金庫 支店		
	農協 出張所		
金融機関コード	支店コード	口座番号(右寄せ)	
		1 普通	
		2 当座	

銀 行	金融コード	通帳記号	通帳番号(右寄せ)
	9900	の	
種目コード	166	払込先加入者名	小平市会計管理者
契約種別コード	28	払込先口座番号	00170-4-961752

取扱科目	振替開始期別	納入通知書番号 (被保険者番号)
介護保険料	年度 期から	1300

私込日 各納期の月末(土・日曜・祝日の場合は翌営業日)。但し12月納期はこの限りではない。

不備理由・返却先は裏面へ

金融機関 使用欄	検印	照合	受付
-------------	----	----	----

記入してください。

通帳使用の印鑑をハッキリと押印してください。

右寄せで記入してください。

記入してください。

取扱店日附印

切り離さないでください。