|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町税及び | 介護保険料後期高齢者医療保険料 | の還付金の振込口座について |
| 納税義務者 |  | 宛　名　番　号 |  |
| 徴　収　方　法 |  |

町税及び介護保険料等の還付金が発生した場合は、次の口座に振込してください。

　　年　　月　　日

請　求　者　（相続時以外は納税義務者を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 名前 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 　　　 － 　　　　 |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| 納税義務者との続柄 | ・本人　・相続代表者（続柄：　　　）【いずれかに○】 |
|   １、相続代表の場合：この還付請求に限り、他の相続者からの異議について責任を　　持つものです。２、請求者名義の口座を記入してください。**振　込　口　座****（※ゆうちょ銀行への振込みを指定される場合には、記号・番号及び金融機関用に『支店名・預金種別・口座番号』への変換をされた番号をご記入ください。詳しくは、ゆうちょ銀行へご相談ください。）** |
| 金融機関名 | 農　協　銀　行信　組 | 本　店　　支　店　　 |
| 預金種目 | 普　　通　・　当　　座　・その他（　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （ゆうちょ銀行） | **記号****（５ケタ）** | （　　　） | **番　　号** |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

**（記入間違いのないよう通帳等で再度ご確認をお願いいたします。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 関係課送付確認 |  |

健康保険課