

預金口座振替依頼書

年 月 日

松 前 町 長 様

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義人	フリガナ		預金口座 お届け印
	氏名		
	住所		
納入義務者 上記の預金 者と異なる 場合に記入	フリガナ		
	氏名		
	住所		
納付金の名称		松前町介護保険料	
主 管 課		保 健 福 祉 課	

私（納入義務者）は、松前町に納める上記の納付金を口座振替の方法で納付したいので、請求書等は次の取扱店へ送付するよう届けます。なお、還付事由が生じた時は、その還付金額を納期の到来していない保険料に納期の到来するものから順に充てる事を承諾します。まだ、余りがある場合はその金額を下記の口座へ振り込んでください。

（納付義務者と口座名義人とが異なる場合）

私（口座名義人）は、下記指定預金口座名義から納付することを承諾します。

指定預金口座	銀行 金庫 組合	支店 本所	種目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金	2 当座預金				
振 替 日	毎月24日（休日もしくは休業日の場合は翌営業日）								

* 上記届出のことについては、口座振替依頼書の内容に基づき承諾します。

年 月 日

取扱金融機関名 取扱店名

印

* 処理欄

* 欄は納入義務者は記入しないでください。

納入義務者 → 取扱店 → 松前町