

穴水町介護保険料還付口座連絡票

令和 年 月 日

穴水町長 様

下記のとおり、介護保険料の還付を申請します。

氏名（還付対象者） _____

住所 石川県鳳珠郡穴水町字 _____

連絡可能な電話番号 () - () - ()

※ 保険料の還付振込先口座（対象者本人）の情報をご記入ください。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号					
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	1. 普通						
銀行コード	支店コード	2. 当座						
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

(注) 口座番号の記入の際は、漏れのないようご注意ください。