

介護保険及び後期高齢者医療過誤納保険料等 口座振込依頼書

令和 年 月 日

西予市長 管家 一夫 様

申請者(相続人)

〒

住 所

氏 名 _____

電話番号 () —

_____(生年月日: _____)の介護保険(保険料過誤納還付金・高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス費・高額総合事業サービス費・住宅改修費・福祉用具購入費)及び後期高齢者医療(保険料過誤納還付金)の払い戻しがある場合には、下記口座へ振込を依頼します。また、介護保険にかかる書類を上記相続人住所へ送付することについて、同意します。

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協 漁協										本店・支店 本所・支所 出張所
	口 座 種 別	1. 普通 2. 当座	口 座 番 号									
	(フリガナ)								続 柄			
	口 座 名 義 人											

- ※ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合には記号・番号のわかる写しをつけて下さい。
- ※ 還付対象者と口座名義人が異なる場合には裏面の委任状に記入して下さい。
- ※ 裏面の念書にも記入して下さい。()

委任状

西予市長 殿

令和 年 月 日

私が西予市から支払いを受ける、標記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義人)
住 所	住 所
氏 名	氏 名

念書

西予市長 殿

令和 年 月 日

死 亡 者	氏 名		
相 続 人	住 所		
	氏 名	続 柄	

_____の死亡により、標記の受領について相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、西予市には一切ご迷惑はおかけしません。

※お問い合わせ先

西予市役所

市民課 後期高齢者医療係

(0894)62-6405(直通)

長寿介護課 介護保険係

(0894)62-6406(直通)