**介護保険料還付請求書**

様式番号

記入日：　　　　年　　月　　日

○○市（町村）長　様

**固定文言１**

次の被保険者に係る介護保険料過誤納金の還付について請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 還付額 |  | | | | | | 還付加算金額 | | | | |  | 請求額合計 |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | | | | | | | | | | | |

**固定文言４**

　なお、還付については、以下の金融機関口座へ振り込むよう依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （請求者） | | | | | |  |
|  | フリガナ | | | | |  |
|  | 氏名 | | | | |  |
|  | 被保険者との続柄 | |  | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |  |  |
|  | 〒 | | | | |  |
|  | 住所 | |  |  | |  |
|  | 電話番号 | |  | 個人番号　　.　.　.　.　.　.　.　.　.　.　. | |  |
|  |  |  | | ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取口座 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  **固定文言５** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行  信用金庫  農　　協  (　　　　) | | | | 本　店  支　店  (　　　) | | | | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗番号 | | | | | | | １ 普通  ２ 当座預金  ３ その他  (　　　　　　　　) | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
| ゆうちょ銀行 | | | | 記号 |  | |  | |  |  | |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**自由記載１**

前の請求者に介護保険料の還付金の請求及び受領を委任します。

被保険者氏名

※（請求者）欄には、窓口に来た方の氏名や連絡先等を記入してください。