第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**口座振替開始（変更）のお知らせ**

**固定文言１**

　口座振替開始（変更）の手続が完了しましたので、次のとおり、あなたの介護保険料について

口座振替を行います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替開始年月 | | （　　　　　　　　　　　） | | |
| 振　替　口　座 | 金融機関 |  | | |
|  | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

**固定文言２**

・介護保険料の口座振替日は毎月２５日です。ただし、振替日が金融機関等の休業日（土・日・祝日・年末年始）に当たる場合は、翌営業日になります。

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |