|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | ９９９－９９９９  ●●県●●市●●１－２－３  あいうえおかきくけこ  ■■　太郎　様  （▲▲　花子　様分）  （1234567890） | |  | | ●●市介護保険課  123-4567　●●市●●１－２－３  電話番号　987-6543-2111  FAX番号 　123-456-7890  メール　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | |  |   **自由記載１**  **固定文言１** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 第　　　　　　号  年　月　日 | | | | | | ○○市（町村）長  印 | | | | | | 口座振替開始（変更）のお知らせ | | | | | | 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３**  **固定文言２** | |  | | --- | | **固定文言４**  ・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。 | |