第　　　　　　号

　年　月　日

印

○○市（町村）長

**年金の支給について（照会）**

様式番号

**固定文言１**

下記の方の介護保険料滞納処分のため必要ですので、照会日現在における年金等の支給の状況を

回答欄にご記入の上、ご回答ください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 照会対象者 | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | 性別 |  |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 基礎年金番号  ・年金コード |  | | |
| 照会の根拠条項 |  | | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | |

※基礎年金番号・年金コードはわかる場合のみ記載しています。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号 | 987-6543-2111　　FAX番号　123-4567890　　メール　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

　　　　年　月　日

○○市（町村）長　様

日本年金機構

中央年金センター長

（公印省略）

年金の支給について（回答）

窓空宛名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎年金番号  ・年金コード |  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |  | | ― |  |  |  |  |  |
| 年金受給の有無 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直近の支給年月日  ・支給決定額 | 年　　　　月　　　　日・支給決定額 (　　　　　　　　　　　　　　　　円)  (うち特別徴収額(介護　　　　　　　円・国保　　　　　　　　円・後期　　　　　　　　円  住民税　　　　　　　円・所得税　　　　　　　円) ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | (銀行・信金・信組・農協)／ゆうちょ | | | | | | | | | | | （本・支店）／店 | | | | | | |
| 口座名義人 | 照会対象者欄のフリガナと相違の場合　(　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座種別  ・口座番号 | 普通 ・ 当座・ 貯蓄　／　口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担保設定の有無 | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 差押の有無 | 有 （差押権者：　　　　　　　　　　　　　　　) ・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

情報提供業務グループ

**固定文言４**

担当：

**自由記載１**