第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険料口座再振替通知書**

**固定文言１＋編集１**

　次のとおり、あなたの介護保険料について　　　　年　　月　　日に口座再振替を行います。

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 賦課年度 | |  | | 調定年度 | |  |
| 期別 | |  | | 再振替金額 | |  |
| 振　替　口　座 | 金融機関 |  | | | | |
|  | | | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 | |  | |
| 口座名義人 |  | | | | |

**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 |