

介護保険料口座振替のお申し込みについて

口座振替ご希望の方は約定をお読みになり、依頼書に必要な事項をご記入、押印のうえ **ポストに投函** してください。

<振替開始日と申込締切日>

	期 別	振替日 (納期限)	申込期限 (要必着)
介護保険料	1 期	7月末日	6月10日
	2 期	8月末日	7月10日
	3 期	9月末日	8月10日
	4 期	10月末日	9月10日
	5 期	11月末日	10月10日
	6 期	12月25日	11月10日
	7 期	1月末日	12月10日
	8 期	2月末日	1月10日

- ※ 申込期限・振替日ともに、土・日・祝日にあたるときは翌営業日となります。
- ※ 口座振替登録完了通知や振替開始時期の通知は行っていません。
- ※ 振替日が近づきましたら、口座の残高をお確かめください。なお、振替ができなかった場合、再度の振替は行っていませんのでご注意ください。

問い合わせ先 狛江市福祉保健部高齢障がい課 電話03(3430)1111(代表)

記入例

※赤わく内のみご記入ください。

申込内容 ① 新規

年 月 日

取扱金融機関 御中

納付義務者	住所	狛江市和泉本町1-1-5		
	フリガナ	コマエ タロウ	金融機関届出印	
	氏名	狛江太郎		
	☎・FAX	03 (3430) 1111		
口座名義人	介護保険料を私名義の預・貯金口座から振替納付することに同意します。			
	フリガナ	コマエ ハナコ		
	氏名	狛江花子 ←		
	☎・FAX	03 (3430) 6870		

金融機関に届け出ている印を必ず押印してください。

通帳に記載されている名義人を正確に記入してください。

ゆうちょ銀行以外	銀行	金融機関コード	支店コード
	信用金庫 農協		
ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号(右つめ)
	① 普通 2. 当座		0654321
ゆうちょ銀行	金融機関コード	記号(6桁目がある場合は※欄に記入してください)	番号(右つめ)
	99001	0	
種目コード	166	払込先加入者名	東京都狛江市会計管理者
契約種別コード		28	払込先口座番号(ゆうちょ銀行)
			00120-4-961781

別表の申込期限をよくご確認のうえ必ずご記入ください。

振替開始	被保険者番号(10桁)
令和 ○ 年度 △ 期から	0123456789

一約定(ゆうちょ銀行を除く)

- 1 貴店に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、市の指定する納付期限に請求書記載金額を預金口座から引落としのうえ、支払ってください。この場合、預金規定又は当座勘定規定にかかわらず、貴店所定の方法で処理してください。
- 2 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してさしつかえありません。
- 3 この契約を解約するときは、私から貴店に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしないかぎり、貴店はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。この場合、私への通知は不要です。
- 4 この契約についてかりに疑義が生じても、貴店の責めによる場合を除き、貴店には迷惑をかけません。
- 5 この預金口座振替について、領収書は請求しません。

※ ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。

狛江市介護保険料口座振替依頼書(自動払込利用申込書) (収) (加)

申込内容 1. 新規

年 月 日

取扱金融機関 御中

納付義務者	住所	
	フリガナ	金融機関届出印
	氏名	
	☎・📠	
口座名義人	介護保険料を私名義の預・貯金口座から振替納付することに同意します。	
	フリガナ	
	氏名	
	☎・📠	

ゆうちょ銀行以外	銀行 信用金庫 農協	金融機関コード	支店コード
	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号(右づめ)
ゆうちょ銀行	金融機関コード	記号(6桁目がある場合は※欄に記入してください)	番号(右づめ)
	9 9 0 0 1		0 ※
	種目 コード	166 払込先加入者名 契約種別コード	東京都狛江市会計管理者 28 払込先口座番号 (ゆうちょ銀行)

振替開始		被保険者番号(10桁)			
令和	年度	期から			

振替日(払込日) 各納期限日(金融機関の休業日の場合は翌営業日)

銀行等使用欄	(不備返却事由)	印照合	取扱店日附印欄
	1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 (店名 預金種目) (口座番号 口座名義)		
		受付	

口座振替依頼書(自動払込利用申込書)に不備がありましたら該当箇所
に○をつけ、狛江市高齢障がい課にご送付ください。
【返送先】〒201-8585 狛江市和泉本町一丁目1番5号 狛江市高齢障がい課
電話03(3430)1111(代表)