

吹田市介護保険料

☐座振替依頼書兼解約届
自動払込利用申込書兼廃止届

□ 申 込

☐ 解約(廃止)

(どちらかに○印)
(和暦)

取扱金融機関 御中

年 月 日

私（被保険者）は、吹田市介護保険料を口座振替（自動払込）により納付（口座振替の解約・自動払込を廃止）したいので、下記指定預金口座（貯金口座）から保険料額を払出して納付してください。

吹田市から私の介護保険料の納付書が貴金融機関に送付されたときは、吹田市への納付届（受付通知書）の送付は、私にかわって貴金融機関からお願いします。

また、この取扱いについて紛議が生じて、貴金融機関の責めによるものを除き、迷惑はかけません。

		被 保 険 者 番 号																	
被 保 険 者	住 所																		
	フリガナ																		
	氏 名																		
納 付 方 法		期 別 納 付																	
振替日(払込日)		毎月月末（12月は28日）ただし、休日の場合は翌営業日																	
振 替 開 始 月 (払込開始月)		(和暦) 年 月末 (ただし、休日の場合は翌営業日)から						振 替 解 約 月 (払込廃止月)						(和暦) 年 月末 (ただし、休日の場合は翌営業日)から					
連 絡 欄																			

拾印

※振替開始月につきましては、書面により通知いたしますので、ご確認ください。

◎ゆうちょ銀行以外の金融機関(口座振替)ご利用の場合

◎ゆうちょ銀行(自動払込)ご利用の場合

預金口座名義人	フリガナ							お届印 3枚とも押印 してください
	氏名							
	連絡先	電話	-		-			
よみがな								
金融機関				銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所
金融機関コード					店番号			
預金種類		1 普通預金 2 当座預金						
□ 座番号 (右づめ)								

貯金口座名義人	住所	電話				お届印 3枚とも押印 してください	
	フリガナ						
	氏名						
種目コード	1	6 7	6	契約種別コード	2	8	
金融機関番号			9	9	0	0	
通帳記号			1			0 の	
通帳番号 (右づめ)							
払込先口座番号			00960-7-960544				
払込先加入者名			吹田市会計管理者				

◎どちらかお選びになり、記入ください

注意

- ①3枚複写になっています。
- ②記入漏れがないか、ご確認ください。
- ③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。

吹田市

取日
扱附
店印

金融機関使用欄

檢 印	印鑑照合	係 印

- お問合せ -

〒564-8550 吹田市泉町1-3-40 吹田市役所 高齢福祉室
電話 06-6384-1231 (代表) 06-6384-1343 (直通)