

吹田市長 宛

(決議日 令和 年 月 日)
請求日 令和 年 月 日

請求者 住 所

氏 名

電話番号

(自署または記名押印)

吹田市介護保険料過誤納金還付請求書

吹田市介護保険料（還付金）を請求します。

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

還付する金額		納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳						通知書番号	
過誤納金算出年度	令和 年度	納 期	特別徴収	普通徴収	延滞金	督促料 手数料	納めた金額	過誤納金額	領収年月日 発生理由
納め過ぎた金額（過誤納金額） ①									
還付加算金 ②	0								
充当金額 ③	0								
年金保険者へ返す額 ④	0								
お返しする金額（還付金額） ①+②-③-④									

充当金額の内訳

納 付 年 度	納 期	保険料未済額	保険料充当額	延滞金未済額	延滞金充当額	督促手数料未済額	督促手数料充当額

口座に振込みしますので、下記にご記入をお願いします。

フリガナ				銀 行・信用金庫	フリガナ				本 店・出張所
銀 行 名				信用組合・労働金庫	支店名				支店(支所)・営業部
				農業協同組合					
金 融 機 関 コ ー ド					店 番 号				
預金種目	1. 普通	2. 当座	3. その他	口 座 名 義 人					
	()			フリガナ					
口座番号									
委 任 欄	上記の口座名義人に受領委任します。						請求者と口座		
	請求者名						(自署または記名押印)	名義人との続柄	

※請求者名以外の口座名義人に振込む場合は、親族名義に限ります。上記「委任欄」に請求者名にて自署または記名押印のうえ請求者からみた口座名義人との続柄を記入してください。

記入内容に軽微な誤りがあった場合は、吹田市が訂正することに同意します。

請求者署名欄：