様式第１６

|  |
| --- |
| 介護保険料等の支払及び受領に関する代表人届　　下記の介護保険被保険者の保険料等の支払及び受領に関する一切の件については私を代表人として届けます。年　　月　　日　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　記　被保険者　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　異動年月日　　　　　　　　　　　　　異動事由　死亡・転出・その他(　　　　)　◆介護保険料等振込先口座※下記のいずれかを選択 |
|  | * 公金受取口座を利用する
 |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | * 振込口座を指定する
 |  |
| 　 | 銀行名 | 銀　行信用金庫農　協 | 本　店支　店出張所 | 　 |
| 口座番号 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 　 |
| ◆市確認欄　　　　　○保険料徴収方法　　　　特別徴収・普通徴収　　　　　○収納状況　　　　　　　完納すみ・未納あり　　　　　○還付額・給付額等　　　　　　　　　　　円(　　　　　　　　　　　　) |