

大阪市介護保険料口座振替依頼書 自動払込利用申込書

收

(申込年月日 令和 年 月 日)

介護保険被保険者	被保険者番号												
	住 所	郵便番号 〒	—	電話番号 (		)	—						
	フリガナ												
氏 名													

私(預貯金者)は、口座振替(自動払込)を利用し、介護保険料を納付したいので、大阪市から被保険者名義の介護保険料納付書等が貴行(店)に送付されたときは、下記により指定預貯金口座から前記納付書等に記載の金額を払い出して納付してください。

記

預貯金口座	口座名義人住所	郵便番号 干											
	フリガナ											お届け印	
	預貯金者氏名												
	ゆうちょ銀行以外の銀行	銀行・農協 信用金庫 労働金庫 信用組合										支店 営業部 出張所	
		預金種目(○で囲んで下さい。)				口座番号 (右づめ)							
		1. 普通 2. 当座											
ゆうちょ銀行	種目コード	種別コード	通帳記号				通帳番号 (右づめ)						
	166	28	1			0	の						
振替(払込)指定日	毎月末日(当日が金融機関の休業日にあたる場合は、翌営業日。)												
振替(払込)開始年月	年 月 ※お申込みの日から払込みが開始されるまでの期間を1か月以上あけて記入してください。												

※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。

金融機関確認欄			払込先口座番号	取扱店日附印
			00910-8-960564	
			払込先加入者名	
			大阪市会計管理者	

(ゆうちょ銀行は除く)

この紙は、はがさないでください！

忘れずに押印してください。真ん中の折り目から2つに折って貼りつけてください。