

大阪市介護保険料口座振替依頼書 自動払込受付通知書 (収)

(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											

※ ゆうちょ銀行を指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

記

預貯金口座	口座名義人住所	郵便番号 〒 ー ー ー									
	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	金融機関コード	支店コード			通帳番号 (右づめ)					
9900		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。										

忘れずに押印してください。

2 金融機関確認欄（ゆうちょ銀行は除く）

(所在地)					
(名 称) 印					
金融機関コード				支店コード	

3 区处理欄

受 付 日	点検	入力	照合	備考

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