

收

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													

記

預貯金口座	口座名義人住所	郵便番号 支 一											
	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							
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。											

3枚とも押印してください。

※サインの場合は1枚目のみ

この紙は本人保管用です。送るときはこの紙をはがし
 圧着して投函してください。

この紙は、はがしてください！

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	