

# 介護保険料還付申請書(請求書)

## 兼 介護給付費等申請書(請求書)

甲良町長 様

1. 被保険者		被保険者番号	記入日	年	月	日
(フリガナ)	性別	生年月日	異動年月日	異動事由		
氏名	男	明治・大正・昭和・平成	昭和・平成・令和	1 死亡		
	女	年 月 日	年 月 日	2 転出		
				3 所得更正		
				4 その他( )		

## 2. 申請・請求者

(フリガナ)	現住所
氏名	〒
	〒
	〒
異動があった被保険者との続柄	電話番号 ( )

※下記の事項(1)~(3)に誓約・同意の上、申請します。

※申請者は、未支給年金請求者と同じ方で、配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他未支給年金を受け取れる3親等以内の親族。

## 3. 受取口座 ※原則、2. の申請・請求者の口座とします。

金融機関名	銀行	本店	代理店
	金庫	支店	
	農協	出張所	
口座番号	預金種別	普通	当座
名義人	フリガナ		

※ゆうちょ銀行を記載された場合は「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」「(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

### 【誓約・同意事項】

- (1) 私は、上記の異動があった被保険者に係る介護給付償還金及び介護給付費等の申請、請求及び受領に関する一切を、請求者を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを背負うことを誓約します。
- (2) この申請書は、町において支給決定をした後は、還付金及び償還金の請求書として取り扱います。
- (3) 町が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、町が申請・請求者に連絡・確認できない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。