



**記入例**

市受付用 ※太枠内のみご記入ください。

小平市介護保険料  
口座振替依頼書・自動払込利用申込書 取付

申込み年月日 △年 ○月 ○日

被保険者氏名	フリガナ コダイラ ハナコ お名前 小平 花子	お届印 
	〒187-8790 電話 000 - △△△ - ××××	
送附者氏名	フリガナ コダイラ イチロウ お名前 小平 一郎	お届印 
	△ △ 銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 × × 出張所	
口座番号	△ △ △ 1 普通 2 当座	口座番号 (右寄せ) 1 2 3 4 5 6 7
通帳記号	の	通帳番号 (右寄せ)
166 払込先加入者名	小平市会計管理者	
28 払込先口座番号	00170-4-961752	
科目	振替開始期別	納入通知書番号
介護保険料	年度 期から	1300××××××

記入してください。

の印鑑をハッキリと  
してください。

右寄せて記入  
してください。

記入してください。

必ず期日をお書きください。

切離さないでください。

届出印を  
鮮明に押印  
してください。

「ゆうちょ銀行以  
外」はこちらへ記  
入してください。

「ゆうちょ銀行」はこち  
らへ記入してください。  
通帳の表紙をめくり、  
上のページに記載の  
「記号」「番号」を記入  
してください。

希望される納期を記入し、納期限日の45日前までに提出して  
ください。

納入通知書番号は、介護保険  
被保険者証の、1300から  
始まる番号を記入してくだ  
さい。