

請 求 書 兼 支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書

対象被保険者名											
被保険者番号	0	0	0								

下記金額を請求します、下記の口座に振り込んで下さい。
ただし介護保険給付費として

年 月 日

中野区長あて

住所

請求者

氏名

金 額

円

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所			1 普通	口座番号						
	*	*	*	*		*	*	*	2 その他						
	フリガナ 口座名義人														