様式第56号

金融機関保管

|  |
| --- |
| 小野町介護保険料口座振替依頼書 |
| 銀行金庫組合 | 　 |
| 様 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 口座名義人 | フリガナ | 　 | 預金口座届け印 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 納入義務者上記の預金者と異なる場合に記入 | フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 納付金の名称 | 小野町介護保険料 |
| 主管課 | 小野町役場　税務課 |
| 私(口座名義人)は、納入義務者が小野町介護保険料を口座振替の方法で納入することについて了承し、次の事項を確約のうえ口座振替を依頼します。 |
| 　 | 指定預金口座 | 銀行金庫組合 | 本支 | 店 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| 1　普通預金2　当座預金 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 振替日 | 毎月　　日(休日もしくは休業日の場合は翌営業日) |
| 　 |
| 1　私が支払うべき介護保険料について小野町から貴店に、請求書等が送付されたときは、私に通知することなく、振替日に当該納入金額を指定預金口座から引き落としのうえ、小野町の歳入金として収納してください。なお、この依頼は5に定める解約届又は取消届を提出しない限り、引き続き有効として取り扱ってください。2　預金の引き落としにあたっては、当該勘定規定又は普通預金規定にかかわらず、小切手の振出又は預金通帳及び預金払戻請求書の提出は致しません。3　指定預金口座の残高が振替日において、納付すべき金額に満たないときは、私に通知することなく、当該請求書等を小野町に返還されてもさしつかえありません。4　この契約は、常時残高不足等により、貴店が必要と認めた場合には、解除されても異議ありません。5　私が解除する場合には、貴店あてに所定の解約届及び取消届を提出します。6　この口座振替の取扱について、万一紛議が生じたときには、小野町、貴店及び私の間で協議し解約するものとします。 |
| 銀行使用欄 |