介護保険料・後期高齢者医療保険料還付金受領委任状

令和　　年　　月　　日

平戸市長　様

　　『　委任する方　』

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話 | （　　　　）　　－ |

私は、次の者を代理人と定め、＜介護保険料・後期高齢者医療保険料＞の還付金受領に関する一切の権限を委任いたします。

　また、還付金の受取方法につきましては、下記の方法とします。

『　代理人（受領者）　』

　住　　　　所：

　氏　　　　名：

　本人との続柄：

○受取方法

1. 窓口受取（本庁）　　　２．窓口受取（　　　支所）　　　３．口座振込

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 本・支店名 | 種　別 |
|  |  | １　普　通  ２　当　座 |
| 口　座　番　号 | 口　座　名　義　人 | 本人と  の続柄 |
|  | フリガナ |  |
|  |

* 代理人（受領者）と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなします。
* ゆうちょ銀行口座を指定される場合は、金融機関に「ゆうちょ銀行」、支店名欄に記号、口座番号欄に口座番号を記入してください。