

介護保険料・後期高齢者医療保険料還付金受領委任状

平成 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。