

過 誤 納 金 還 付 請 求 書

還付請求金額 円

内 容	年度		税目	介護保険料		
	納入義務者 (被保険者) 氏 名				被保険者番号	
	対象期別		徴収金の納付済額	更正額	差引過誤納額	
	計					

年 月 日

〒

住所

氏名

Ⓜ

請求者

連絡先 _____ () _____

被保険者との続柄 _____

滋賀県米原市長 様

払戻希望 金融機関 の名称	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所 代理店	口座番号 の種類 および番号	普通・当座・その他				
	フリガナ							請求者との続柄
	口座名義人							