

介護保険料口座振替解約・取消届

令和 年 月 日

由利本荘市長 様

口座名義人名	フリガナ	
住 所		
電話番号 ()		

私（申請者）は、下記被保険者の由利本荘市介護保険料の口座振替を解約・取消いたします。

被保険者氏名	フリガナ									
住 所										
被保険者番号										
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日									

金融機関	銀行・金庫・農協									
	本店・支店・本所・支所・出張所									
	取扱店コード									
郵便局	通帳記号（左詰め）					通帳番号（右詰め）				
						の				
解約・取消理由										