別記様式第47号（第29条第1項関係）

介護保険料延滞金告知書

第　　　　　　号

年　　月　　日

様

和 寒 町 長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |

年　　月　　日に納付いただきました介護保険料に係る延滞金は、下記のとおりとなっておりますので、　　　　年　 月　 日までに和寒町出納窓口または指定金融機関等に納付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　保　険　料 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 通知書番号 | |  |
| 年　　度 |  | | | | | 期別 | |  | | | | | 納 期 限 | | 年　　　月　　　日 |
| 延滞金額 | 円 | | | | | | | | | | | | 算　出  基　礎 | 年　　月　　日 ～  日間  年　　月　　日まで | |

※延滞金を最近納付された方で、この告知書が行き違いに納入された場合は、ご容赦  
下さい。

※領収証は5年間保存願います。

〇問い合せ先

和寒町保健福祉課（保健福祉センター）

住　　所　　和寒町字西町111番地

電話番号　　 0165-32-2000