

介護保険高額介護（介護予防）サービス費に係る振込指定口座変更申請書

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日	年 月 日	性別				男 ・ 女								
住所	〒													
TEL ( )														

西海市長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の振込指定口座の変更を申請します。

年 月 日

申請者 住所

TEL ( )

氏名 (印)

高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振込んでください。

高額振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号							
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金								
					2 当座預金								
					3 その他								
	ゆうちょ銀行		記号（5桁）		—	番号（8桁）							
フリガナ													
口座名義人													

委任状（被保険者以外の口座にお振込みを希望される場合にご記入下さい。）

西海市長 様

委任者の住所

氏名 (印)

高額介護（介護予防）サービス費の支払いについては、受領の権限を下記のものに委任します。

受任者の住所

氏名 (印)

長寿介護課記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	