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　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | 本　店 | | | | | | | | | 種目 | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
| 信用金庫 | | | | 支　店 | | | | | | | | |
| 信用組合 | | | | 出張所 | | | | | | | | | １　普通預金 | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | | | | | | | 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　　　　　　　　　　　　　　㊞  　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　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

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 |  |