

介護保険 { 高額介護（介護予防）サービス費
高額医療合算介護（介護予防）サービス費 }

口座振込先変更届

令和 年 月 日

由利本荘市長 様

申請者氏名	フリガナ	
	被保険者との続柄（ ）	
住 所	電話番号 （ ）	

私（申請者）は、下記被保険者の介護保険高額介護(介護予防)サービス費の口座振込先を変更いたします。又、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給該当があり、届出口座が振込不能の場合、口座振込先を変更いたします。

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

※変更後の振込先口座を記載してください。

金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	口座種目	口座番号				
		普通 当座					
	本店（所） 支店（所） 出張所	フリガナ					
		口座名義人					
備考							

注意・申請者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、裏面の委任状に記載してください。

_____ これより下は記入しないでください _____

関 覧	課 長	参 事	課長補佐	課 員	入 力	受付印	

※申請者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、下記の委任状に記載してください。

委 任 状

私は表面の高額介護（介護予防）サービス費の受領を右代理人に委任します。 又、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給該当があり、届出口座が振込不能の場合、受領を右代理人に委任します。 令和 年 月 日 委任を依頼した者の氏名（申請者） 氏 名	代 理 人 （ 受 領 者 ）	郵便番号				-							
		住 所											
		氏 名											