

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

閲 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。	代理人（受領者）	郵便番号	（例：123-4567）	（斜線）	
		住 所			
		氏 名			
令和 年 月 日					
委任を依頼した者の氏名（申請者）					
氏 名					