

記入例①

受付印

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費 振込先口座変更依頼書

フリガナ	カイゴ ハナコ	被保険者 番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6											
被保険者氏名	介護 花子	個人番号 (マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1											
生年月日	明・大・昭 5 年 9 月 15 日													
住 所	〒 190 - 0000 町田市〇〇町〇丁目〇													

個人番号(マイナンバー)12桁をご記入ください。
※記入が困難な場合は、市で確認いたします。

町田市長 殿

下記のとおり、高額介護(介護予防)

被保険者の氏名の記入をお願いします。

〇 年 〇 月 〇 日

依頼者氏名
(被保険者もしくは相続人)

介護 花子

本依頼に関する連絡先

TEL 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇

口座番号が6桁の場合は始めに0をつけてご記入ください。
8桁の場合は余白にご記入ください。

上記依頼にかかる高額介護(介護予防)サービス費

ゆう ちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	〇〇ハ	支店 支所 出張所	0 0 8	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	1	2	3	4	5	6	7
----------	---------------------------	-----	-----------------	-------	---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

振込先をご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合、支店は数字3桁になります。
不明な場合は記号(数字5桁)をご記入ください。

カイゴ タロウ

介護 太郎

の欄に記入をお願いします。

口座名義人(ご家族)

住所 町田市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 介護 太郎

続柄 夫

上記口座名義人が、高額介護(介護予防)サービス費を受領することを承諾します。

依頼者氏名

介護 花子

印

被保険者の口座が無いなどで、ご家族の口座を指定する場合にご記入・押印ください。

市記入欄

特記 共 自 送

記入例②

成年後見制度をご利用の場合

受付印

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費 振込先口座変更依頼書

フリガナ	コウガク イチロウ	被保険者 番号																	
被保険者氏名	高額 一郎	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2					
生年月日	明・大・昭 5 年 9 月 15 日																		
住 所	〒 190 - 0000 町田市〇〇町〇丁目〇																		

個人番号(マイナンバー)12桁を
ご記入ください。

※記入が困難な場合は、市で確認いたします。

町田市長 殿

下記のとおり、高額介護

後見人等に代理権がある場合は、顕名にてご記入ください。

〇 年 〇 月 〇 日

依頼者氏名
(被保険者もしくは相続人) 高額一郎 成年後見人 町田次郎

本依頼に関する連絡先
Tel 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇

口座番号が6桁の場合は始めに0をつけてご記入ください。

上記8桁の場合は余白にご記入ください。

介護	信用金庫 信用組合 農 協	町田	支店 支所 出張所	9	9	9	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	コウガクイチロウ	セイネンコウケンニン	マチダジロウ											
住所	町田市〇〇町〇丁目〇	成年後見人	町田次郎											

振込先をご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合、支店は数字3桁になります。

不明な場合は記号(数字5桁)をご記入ください。

記入をお願いします。

続柄

上記口座名義人が、高額介護(介護予防)サービス費を受領することを承諾します。

依頼者氏名

印

被保険者名義の口座であれば、委任欄への記入はいりません。

特記 共 自 送