

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		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明・大・昭 5年9月15日	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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。

○ 年 ○ 月 ○ 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 () 0000

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)

ゆう
ちょ

銀行
信用金庫
信用組合
農 協

〇〇ハ

本店
支店
支所
出張所

店舗一覧
種 口

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	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	高額 一郎		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
生年月日	明・大・昭 5年9月15日	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住 所	〒 190 - 0000 町田市○○町○丁目○	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。

○ 年 ○ 月 ○ 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 () 000 0000

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。

上記依頼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

口座番号
年後見人 町田次郎

振込先をご記入ください。

記入をお願いします。

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。

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。

市

特記 共 自 送