

口座変更

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

町田市長 殿

下記のとおり、高額介護(介護予防)サービス費の振込先口座の変更を依頼します。

年 月 日

依頼者氏名
(被保険者もしくは相続人)

本依頼に関する連絡先 TEL ()

上記依頼にかかる高額介護(介護予防)サービス費は、下記口座に振り込んでください。

＜委任欄＞※依頼者と口座名義人が異なる場合は、下の欄に記入をお願いします。

口座名義人(ご家族)

住所

氏名

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

E1

市記入欄