

# 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

フリガナ		被保険者 番号			0	0	0								
被保険者氏名		個人番号 (マイナンバー)													
生年月日	明・大・昭 年 月 日														
住 所	〒 ー														
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。

銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所	店舗コード	種 目	口 座 番 号											
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他												
フリガナ															
口 座 名 義 人															
<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															
印															

市記入欄			
特記	共	自	送