

# 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																
生年月日	明・大・昭																	
		年	月	日														
住所	〒																	

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