

# 記入例①

## 被保険者がご存命の場合

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	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	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	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。												
住所	〒190-0000 町田市〇〇町〇丁目〇													

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	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
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	口座番号
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												
高額一郎 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。

住所 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