

介護保険 高額介護(予防)サービス費受領口座変更申請書

被保険者番号											
フリガナ											
被保険者氏名											
生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日					
住 所	〒 横須賀市										
	電話 () -										
(あて先) 横須賀市長											
下記のとおり高額介護(予防)サービス費の受領口座の変更を申請します。											
令和 年 月 日											
(申請者)											
住所											
氏名											
日中の連絡先 () -											
変更後の受領口座											
金 融 機 関 名				本・支 店 名				口座種別			
銀行 信用金庫 農 協 漁 協				本店 支店 出張所				普 通 当 座			
金融機関コード			本・支店コード			口 座 番 号					
フリガナ											
口座名義人											
(口座名義人が被保険者でない場合の委任欄)											
私は、下記の者を代理人と定め、高額介護(予防)サービス費の受領に関する権限を委任します。											
被保険者氏名 _____											
(代理人)											
住 所 _____											
氏 名 _____											

介護保険 高額介護(予防)サービス費受領口座変更申請書

被保険者番号	0 0 0 △ △ △ △ △ △
フリガナ	カイゴ タロウ
被保険者氏名	介護 太郎
生年月日	明治・大正(昭和) 12年 4月 1日
住 所	〒238-8550 横須賀市小川町11番地 電話 (046) 822-****

(あて先) **横須賀市長**

下記のとおり高額介護(予防)サービス費の受領口座の変更を申請します。

令和 3年 4月 1日

(申請者)

住所 横須賀市小川町11番地

氏名 介護 太郎

被保険者ご本人様の住所・氏名を記入してください。

日中に連絡がつく方の電話番号を記入してください。

日中の連絡先 (090) ****-****

変更後の受領口座

金融機関名	本・支店名	口座種別
横須賀 銀行 信用金庫 農協 漁協	猿島 本店 支店 出張所	普通 当座
金融機関コード	本・支店コード	口座番号
	□ □ □	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

フリガナ

チョウジュ イチロウ

口座名義人

長寿 一郎

口座名義人が被保険者ご本人様
ではない場合、下記の委任欄へ
の記入が必要です。

(口座名義人が被保険者でない場合の委任欄)

私は、下記の者を代理人と定め、高額介護(予防)サービス費の受領に関する
権限を委任します。

被保険者氏名 介護 太郎

(代理人)

住 所 横須賀市小川町11番地

氏 名 長 寿 一 郎