

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 | | | | | | 性別 | | | | |
| | 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 |
| | 性別 男 |
| 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)

被保険者ご本人様の住所・氏名を記入してください。

住所 横須賀市小川町11番地

氏名 介護 太郎

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 |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

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