

高額介護(介護予防)サービス費振込口座等変更届出書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者	住所	〒		
	氏名			
	続柄		電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合には記入不要

次のとおり、高額介護(介護予防)サービス費振込口座等の変更を届け出ます。

被保険者	住所	〒			
	氏名		被保険者番号	変更年月日	年 月 日

1 振込口座変更

金融機関名		支店名		口座種別
銀行 金庫 組		支店 出張所 支所		1 普通 2 当座
口座番号 (右詰で記入ください)				
口座名義人 (被保険者名義の場合、フリガナのみ記入)	住所	〒		
	フリガナ			続柄
	氏名			

※ 被保険者と口座名義人が異なる場合は、次にも署名捺印をお願いします。

私は、高額介護(介護予防)サービス費の受領を上記の口座名義人に委任します。

被保険者 氏名 _____ (印)

2 通知等送付先変更

- 通知等送付先を
- 1 申請者
 - 2 口座名義人に変更します。(該当するものを○で囲んでください)
 - 3 下記送付先

住所	〒		
氏名			
被保険者から見た続柄		電話番号	

※ 1又は2の場合は記入不要です。