

口座変更

介護保険高額介護（予防）サービス費振込先口座変更依頼書

フリガナ		保険者番号		2	2	3	0	5	7
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	電話番号								
松崎町長 様									
高額介護(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									
申請者	住 所	電話番号							
	氏 名	印							

【ご注意】被保険者本人の住所と氏名をご記入ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 本・支所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

【ご注意】

- 振込先は、被保険者ご本人の口座をご記入ください。
(振込先を被保険者ご本人以外の口座とされる場合、委任状が必要です)
- ゆうちょ銀行の場合、通帳のコピー（通帳の見開ページ、3桁の支店コードと7桁の口座番号が記載されている部分）が必要になります。