

# 介護保険高額介護（予防）サービス費 振込口座変更届

令和 年 月 日

鳩山町長 様

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (本人・家族・その他)

電 話 \_\_\_\_\_

介護保険高額介護（予防）サービス費の振込口座の変更を下記のとおり届出ます。

|         |                |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
|---------|----------------|--|--|------|-------|--------------------|---|---|----------|--|--|--------------------------|
| 被保険者番号  |                |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
| 被保険者氏名  |                |  |  | 生年月日 | T・S・H | 年                  | 月 | 日 |          |  |  |                          |
| 住 所     | 〒 _____        |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
| 口座変更理由  |                |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
| 口 座 情 報 |                |  |  |      |       | 銀 行<br>農 協<br>信用金庫 |   |   |          |  |  | 本 店<br>支 店<br>出張所<br>支 所 |
|         | 金融機関コード        |  |  |      |       | 店舗コード              |   |   |          |  |  |                          |
|         |                |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
|         | 種目             |  |  | 口座番号 |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
|         | 1 普 通<br>2 当 座 |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |
|         | フリガナ           |  |  |      |       |                    |   |   | 被保険者との関係 |  |  |                          |
|         | 口座名義人          |  |  |      |       |                    |   |   |          |  |  |                          |

※被保険者(本人)以外の口座を希望する場合は、裏面の受領委任欄も記入して下さい。

