

高額介護（介護予防）サービス費等振込口座変更届出書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

年 月 日

届出者氏名 _____ ㊞ (被保険者との続柄： _____)

住 所 _____

電話番号 _____ (_____)

次のとおり、高額介護（介護予防）サービス費等の振込口座の変更を届け出ます。

高額介護（介護予防）サービス費等支給対象者

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 _____ TEL (_____) | | | | | | | | |

変更後の振込口座（※振込口座は、支給対象者名義か届出者名義に限ります。）

| | | | | |
|----------------|-------------------|----------------------|------------------------|------|
| 変更依頼する 振込口座 | 銀行 信用金庫 農 協 | 本 店 支 店 支所・出張所 | 種目 | 口座番号 |
| | フリガナ | | 1普通預金 2当座預金 3その他 | |
| | 口座名義人 | | | |

※1 ゆうちょ銀行を振込口座に指定する場合は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付して下さい。

※2 高額介護(介護予防)サービス費等には高額介護(介護予防)サービス費の他、高額医療合算介護(予防)サービス費、高額総合事業サービス費、年間高額介護(予防)サービス費が含まれます。

| |
|------------|
| 介護保険事務所確認欄 |
| |