

介護保険 高額介護・介護予防サービス費 振替口座変更申請書

フリガナ		被保険者証番号																	
氏名																			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日															

(あて先) 行方市長

高額介護・介護予防サービス費の振込先を下記の口座に変更してください。

年 月 日

申請者 住所 電話番号
(本人又は相続人) 氏名

変更前	銀行・信用金庫 本店 農協・信用組合 支店 出張所						種別	口座番号												
	金融機関コード				店舗コード		普通 当座													
	フリガナ																			
	口座名義人																			

変更後	銀行・信用金庫 本店 農協・信用組合 支店 出張所						種別	口座番号												
	金融機関コード				店舗コード		普通 当座													
	フリガナ																			
	口座名義人																			

※本人死亡を除き被保険者本人以外の代理人口座に振込を希望する場合は、下記委任状もあわせて記入してください。

委 任 状

私は、高額介護・介護予防サービス費の受領について、以下の者を代理人と認め、その権限を委任します。

代理人 住所 電話番号
(口座名義人) 氏名

委任者 住所 電話番号
(本人) 氏名



処理欄	備考	決裁欄				收受
		課長	課長補佐	係長	担当	