

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			
			1普通預金				
			2当座預金				
			3その他				
	フリガナ						
	口座名義人						

※1 この届出書を提出する際は、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ください。

※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