

課長	課長補佐	係長	係員

介護保険高額介護（予防）サービス費支給口座変更届

保険者番号	0	2	2	0	5	3				
被保険者番号	0	0								
フリガナ						性別	男 ・ 女			
被保険者氏名						生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
住所	〒 -					電話番号 ()				
世帯構成	氏名		生年月日	性別	被保険者番号(介護保険被保険者の場合)					
	世帯主									
	世帯員									

五所川原市長 様

下記のとおり介護保険高額介護（予防）サービス費の振込口座の変更を届出します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号 ()

※注意

- ・今回変更されました指定口座へ自動的に介護保険高額介護（予防）サービス費が支給されます。なお、口座等を変更する場合は都度、変更手続きが必要となりますのでご注意ください。
- ・保険料の未納などにより給付制限を受けている方は、介護保険高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
- ・振込口座の通帳の写し（表紙及び表紙裏ページ等口座番号が確認できる部分）を必ず添付してください。

介護保険高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

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	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						

保険者記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況 有・無 給付割合	備考	保険者受付

※都合により本人名義以外の口座への振込を希望する場合は、下記の委任状に記入して下さい。

年 月 日

五所川原市長 様

委任する者（被保険者） 住 所

氏 名

印

委 任 状

下記の者を代理人と定め、介護保険高額介護（予防）サービス費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任される者 住 所

氏 名

印