

介護保険 給付費(償還払い)振込口座変更届出書

年 月 日

揖斐広域連合長 様

郵便番号

申請者
(法定相続人) 住所

氏名

TEL

下記の被保険者に係る

- 高額介護(介護予防)サービス費
- 高額医療合算介護(介護予防)サービス費
- 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
- 居宅介護(介護予防)住宅改修費
- 居宅介護(介護予防)サービス費等 償還払い用

の支給の振込先指定

口座について、下記の名義人の口座に変更をします。

被保険者

介護保険 被保険者番号									
被 保 険 者	住所								
	氏名								

振 込 口 座	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合				本店 支店			
	金融機関番号					支店番号			
	預金種別	普通 当座 (○で囲んでください)		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								
本人(被保険者)との関係									

【記入上の注意】

- 枠内の各欄について黒のボールペン等で記入してください。
- ゆうちょ銀行の場合は、振り込み用の店名・店番・預金種目・口座番号(7ケタ)・口座名義人をご記入下さい。