

介護保険 高額介護(予防)サービス費 口座振替変更申請書

フリガナ		保険者番号	1 5 2 0 6 6
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女

(宛先)新発田市長

高額介護(予防)サービス費の振込先を、下記の口座に変更して下さい。

年 月 日

住所

申請者 氏名

電話番号

変更前		銀行・農協 信金・信組 労金・漁協	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	
				2 当座	
				3 その他	
	フリガナ				
	口座名義人				

変更後		銀行・農協 信金・信組 労金・漁協	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	
				2 当座	
				3 その他	
	フリガナ				
	口座名義人				

※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。

委任状	高額介護(予防)サービス費の受領について、 (住所) (氏名) _____ (続柄 _____) に委任します。 委任者(被保険者本人)氏名 _____ ⑩
-----	---

新発田市記入欄

備考	担当	受付