

介護保険 **高額介護(予防)サービス費** **口座振込変更届**
高額医療合算介護(予防)サービス費

池田市長様

上記サービス費について、下記の口座に振り込んで下さい。
 なお、口座振込変更に伴う支給先の変更について一切貴市には迷惑はかけません。

年 月 日

申請者	フリガナ				続柄										
	氏名	(印)													
	住所	電話番号 ()													
被保険者	フリガナ				保険者番号	272047									
	氏名				被保険者番号	1	0	0	0						
	生年月日	明	大	昭	年	月	日	性別	男・女						
	住所	電話番号 ()													
	変更の理由	1. 死亡 2. 自己都合 3. その他 ()													
振込口座	変更前		銀行 信用金庫 信用組合	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	普通 当座 その他										
			フリガナ												
			口座名義人												
	変更後		銀行 信用金庫 信用組合	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	普通 当座 その他										
			フリガナ												
			口座名義人												

※被保険者様以外のご口座にお振込みを希望する場合は、裏面もご記入ください。

※被保険者様以外の口座にお振込みを希望する場合は、下記上段「委任状」、被保険者様が亡くなられていて委任できない場合は、下記下段「申立状」へご記入お願いいたします。

委任状

私は（ ）を代理人とし、高額介護（予防）サービス費・高額医療合算介護（予防）サービス費の請求・受領に関する事務の一切を委任します。

なお、受領に関する一切の責任は、被保険者と代理人の間に存在することを誓約します。

年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

申立状

私は被保険者（ ）の相続人等の代表者として、高額介護（予防）サービス費・高額医療合算介護（予防）サービス費の請求・受領に関する事務の一切を相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

年 月 日

申立人住所 _____

申立人氏名 _____ (印)

被保険者との続柄 () _____

電話番号 _____