**介護保険高額介護（予防）サービス費　口座振替変更申請書**

令和　　年　　月　　日

淡路市長　様

住所

申　請　者　　氏名

（被保険者氏名）

電話番号

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ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |
| 被保険者氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 性　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 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  支所 | | | | 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 | | | | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※振込先口座は、被保険者本人の口座に限ります。ただし、やむを得ない理由により、被保険者名義以外の口座に振り込む場合は、**委任状**の提出が必要です。