**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。