**介護保険高額介護（介護予防）サービス費　口座変更届書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | 被保険者  証番号 | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 白河市長  高額介護（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。    　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日    　　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　(電話番号)  　　　　　申請者  （氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | 銀行・信用金庫  農協・信用組合 | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | 種　別 | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 | 銀行・信用金庫  農協・信用組合 | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | 種　別 | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　被保険者本人以外の代理人口座に振込を希望する場合は、下記委任状もあわせて記入してください。  **委　　　　　　任　　　　　　状**  　私は、高額介護・介護予防サービス費の受領について、以下の者を代理人と認め、その権限を委任します。  　　　　　代理人　　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号)  (口座名義人)  （氏名）  　　　　　委任者　　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号)  　（本　人）  （氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |