**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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |