

**高額**

## 振込口座変更届

介護保険高額介護（介護予防）サービス費（高額第1号事業費を含む）の振り込みを、下記の口座に変更してください。

年 月 日

介護保険証の番号  
(10桁の数)

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

住所  
申請者 (被保険者) 氏名 電話番号 ( )

住所  
申請代理人 氏名 電話番号 ( )

口座振替 依頼欄 (指定口座)	銀行名				支店名			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 3. その他						
	フリガナ		-----												
口座名義人															

高額

振込口座変更届

介護保険高額介護（介護予防）サービス費（高額第1号事業費を含む）の振り込みを、下記の口座に変更してください。

●年 ▲月 ■日

介護保険証の番号  
(10桁の数)

0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請者 (被保険者) 住所 小金井市本町6丁目6番3号 電話番号 042 ( 387 ) 9822  
氏名 介護 一郎

申請を代理の方が行う場合はご記入ください。

申請代理人 住所 小金井市前原町3丁目41番15号 電話番号 042 ( 383 ) 1111  
氏名 介護 花子

ゆうちょ銀行の場合は漢数字3ケタの支店名

口座振替 依頼欄 (指定口座)	銀行名				支店名			種目	口座番号						
	小金井				小金井				①. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	9	9	9	9	9	9
	金融機関コード				店舗コード										
	9	9	9	9	9	9	9								
フリガナ		カゴ 伊吹													
口座名義人		介護 一郎													

被保険者と口座名義人が異なる場合は別途委任状の提出が必要です。