

介護給付費等の受領に関する振込口座変更申請書兼受領承諾書

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
対 象	<input type="checkbox"/> 高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 住宅改修費		

【口座情報】

金融機関名	支店名	種別	口座名義人
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	(カナ) 被保険者との続柄 ()
金融機関コード(4ケタ)	支店コード(3ケタ)	口座番号(7ケタ)	
[] [] [] []	[] [] []	[] [] [] [] [] [] []	
口座名義人住所	電話 ()		

(あて先) 西東京市長 殿
上記のとおり、申請します。

年 月 日

申請者 本人 代理人 (本人との関係:)

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

※申請者が代理人の場合は、被保険者本人が同意する旨を記載してください。
介護給付費等の振込先の変更を願います。

被保険者氏名 _____ 印

※この届出後、上記内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。

以下、保険者記入欄（記入しないで下さい）

備 考	確 認	入 力	No.	受 付 者