

# 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"/> 高額医療合算介護（介護予防）サービス費 <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 \_\_\_\_\_

※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

※被保険者本人が自署した場合は、押印不要です。

※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