

記入例

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	保谷 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大・ 昭 12年3月4日											
対象事由	<input checked="" 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											

該当する事由にチェックをしてください。

【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)

ゆうちょ銀行（金融機関コード：9900）を指定される方で、お持ちの通帳に振込用の店名・預金種目・口座番号が記載されていない場合は、お近くのゆうちょ銀行・郵便局にお問い合わせください。

(あて先) 西東京市長 殿
上記のとおり、申請します。

この申請書を記入される方の情報を記入してください。

令和 元 年 5 月 1 日

申請者 本人 代理人 (本人との関係： 長女)

住 所 ○○市××町△△-△△-△△

電話番号 123-456-7890

氏 名 田無 花子

※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。

申請者が代理人の場合には、被保険者氏名欄に署名捺印してください。

被保険者氏名 保谷 太郎

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