

# 介護保険 口座振込(変更)依頼書

年 月 日

富田林市長 様

〒

申請者（被保険者）

住 所

氏 名

電話番号

( )

被保険者番号

(※) 申請者（被保険者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

介護給付費の受領について、下記の口座へ口座振込（または口座変更）を依頼します。

記

振込先 金融機関名	銀 行 農業協同組合 信用組合 信用金庫 ( )								本 店 支 店 出張所 ( )
金融機関コード					支店コード				
口座番号	普通・当座・( )								
口座名義人 (カタカナ)									

※申請者以外の口座を登録される場合は、以下の委任状欄にご記入をお願いします。

委任状欄		年 月 日
介護給付費の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。		
記		
氏 名	続 柄	
〒		
住 所		
電話番号	( )	