

介護保険受取口座変更 兼 公金口座振込意向確認書(高額介護サービス費【予防・総合事業を含む】)

大磯町長 殿

区分	☐ 新規 ☐ 変更																							
被 保 険 者	個人番号(公金受取口座を指定する方は必ず記入してください。)																							
	フリガナ											保険者番号						1	4	3	4	1	2	
	氏名											被保険者番号												
	生年月日	明・大・昭																						
	住所	〒										—												
															電話番号					()				

大磯町長 殿

上記のとおり今後支給される介護保険に関する公金各種について、下記口座に振り込みください。

年 月 日

住所 〒

電話番号 ()

申請者

氏 名

※住所と電話番号は被保険者と申請者が

【続柄: 】

異なる場合のみ記入してください。

☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は、口座情報の記入は不要です。)

※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルからご登録いただけます。

※必ず個人番号(マイナンバー)を記載してください。記載がない場合は公金受取口座を指定できません。

☐ 振込口座を指定する

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協				☐ 本店 支店 支所 出張所			預 金 種 別			口 座 番 号 (7 ケ タ)									
	金融機関コード				店舗コード			1. 普通預金												
								2. 当座預金												
								9. その他												
	ゆうちょ銀行のとき、振込口座番号がわからない場合は 記号番号をご記入ください。								1			0	-							1
	フリガナ																			
口座名義人																				

- 注意
1. 本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
 2. 今回の支給以降、高額介護サービス費【予防・総合事業を含む】が支給される場合、申請手続きは不要となります。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 3. 給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。
 4. この申請書に記載された個人情報は他の目的に利用することはありません。
 5. 口座情報(マイナポータルを含む)等を変更された際は、必ず改めて申請してください。

受付印	
担当	