

高額介護（介護予防）サービス費口座変更依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市会計管理者

申請者
(被保険者) 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

申請者
(記入者) 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

被 保 険 者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

高額介護（介護予防）サービス費の振込口座を下記のとおり変更いたします。

口座振込 依頼欄	金融機関コード			店舗コード			種目	口座番号						
口座振込 依頼欄	銀行			本店			1 普通預金							
	農協			支店			2 当座預金							
	金庫			出張所			3 その他							
	フリガナ													
	口座名義人													

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市会計管理者

私が新居浜市から支払いを受ける介護保険高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を次の者に委任します。

委任者（被保険者） 住所 _____
氏名 _____

受任者（口座名義人） 住所 _____
氏名 _____

※委任状は口座名義人が申請者（被保険者）と異なる場合に、記入してください。

処理状況