

介護保険 高額総合事業サービス費 口座振替変更届

小 平 市 長 殿

下記被保険者に係る介護保険 高額総合事業サービス費の振込を、下記口座に変更をお願いします。

令和 年 月 日

届 出 人

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

【被保険者情報】

被保険者番号	1	3	0	0						
被保険者氏名										
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日									

【振込先金融機関口座】

金融機関名	店 名	種 目								
銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()								
金融機関コード	支店コード	口座番号								
フ リ ガ ナ										
口座名義人										

※届出人、又は口座名義人が本人又は相続人代表者以外の場合は、委任状が必要です。委任状が必要な方は、ご連絡をお願いします。

問い合わせ

小平市 健康福祉部 高齢者支援課 地域支援担当 電話 0 4 2 - 3 4 6 - 9 5 3 9