高額介護（介護予防）サービス費振込指定口座変更登録申請書

フリガナ		保険者番号		3	5	2	1	3	8	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女							
住所	〒 電話番号									

美祢市長　様

下記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費振込指定口座の（変更）登録を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所　〒

氏名　　印　　電話番号

振込指定口座	金融機関名	店舗名	種　目	口座番号
	銀行 農協 信金・組合	本店 支店 支所	普通　当座 貯蓄　その他	
	ゆうちょ銀行	1　0　の　1		
	フリガナ			
	口座名義人			

口座名義人住所	（※被保険者・申請者と異なる場合）

受領に関する委任	（被保険者と振込指定口座名義人が異なる場合には、この欄に署名・捺印してください。） **本申請にかかる受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。** 被保険者　氏名　　印