

第 25 号様式の 2 (第 20 条関係)

介護保険 高額介護・高額介護予防サービス費支給金融機関変更届

(宛先) 春日井市長

年 月 日

〒

(被保険者若しくは相続人) 住 所

氏 名

電話番号 — —

被保険者との続柄 ()

次のとおり支給金融機関を変更したいので、届け出します。

旧	<input type="checkbox"/> 公金受取口座			
	<input type="checkbox"/> 振込口座 (以下に口座情報を記入してください。)			
	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協		本店 支 店 出張所
	種 別	普通 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口座名義人			
新	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (事前に公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。相続人の方は利用できません。) ※ 市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。 ※ 振込口座を変更する場合はあらためて金融機関変更届の提出が必要です。			
	個人番号			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(以下に口座情報を記入してください。)			
	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協		本店 支 店 出張所
	金融機関番号		支店番号	
	種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
口座名義人				

※ 相続人が支給を受ける時は下記も記入してください。

誓 約 書

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給に関する受領につきましては、相続人を代表して私が受領いたします。

他の相続人より異議の申し出があったときには、私の責任においてそれを解決します。

相続人氏名 _____