

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	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協			本店 支 店 出張所
	種 別	普通口座 当座口座	口 座 番 号		
	フリガナ				
	口座名義人				
新	金融機関番号			支店番号	
	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協			本店 支 店 出張所
	種別	普通口座 当座口座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※ 太枠の各欄に、ご記入ください。

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 _____