介護給付振込先変更届

介護保険の給付に係る振込先を次のとおり変更してください。

【被保険者】　　被保険者番号　　0 　0 　0 　0 　0 　0 　0 　0 　0 　0

住　　　　所　霧島市

　　　　　　　　　　生年月日　　明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日生

【申 　請 　者】　　住　　　　所

　　　　　　　　　　氏　　　　名

電話番号　　　　　　－　　　　　　－

続　　　　柄

【変更したい項目】

　　振込先を変更したい給付項目を“○”で囲んでください。

　　　１　介護保険高額介護（予防）サービス費(78)

　　　２　高額医療合算介護（予防）サービス費(96)

【振込先の金融機関及び口座等】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関等の名称 | | | | 支店等の名称 | | | 預金種別 | | | | | | | 口座名義人の氏名 |
| 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | 本　店  支店所  代理店  出張所 | | | 普通･当座･財形･（　　　　） | | | | | | | フリガナ |
| 口 座 番 号（右詰め） | | | | | | | 漢字・ |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |

※ゆうちょ銀行口座をご指定の場合は、「支店等の名称」欄に3桁の店番を記入してください。

また、「口座番号」欄には店番・預金種目の右側に印字された口座番号を記入してください。

令和　　　年　　　月　　　日

霧島市長　　殿

（長寿・障害福祉課長扱い）