

# 口座振込依頼書（介護保険）

春日部市長 あて

令和 年 月 日

次の給付費について、下記のとおり口座振込を依頼します。（該当するものに○をつけてください。）

高額介護サービス費 ・ 在宅サービス減額 ・ 住宅改修費 ・ 福祉用具購入費 ・ 負担限度額差額支給

1	申請者 (被保険者)				※本人が死亡した場合は、代表受領者名を記入
	被保険者番号				
2	フリガナ		性別	生年月日	
	被保険者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒			
	電話番号				※転出した場合は、転出先の住所を記入してください。

## 【振込先口座】

3	金融機関名				預金種目	口座番号					
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店		普通						
	金融機関コード			支店コード		当座					
						貯蓄					
	フリガナ										
口座名義人											

4 ●ご本人以外の口座に振込む場合は、下記にご本人の署名・押印をお願いします。  
(ご本人が死亡し、ご遺族の口座に振込む場合は記入不要です。)

上記氏名の口座に振込むことを委任します。 (委任者) 本人氏名 印

5 ●ご本人以外の口座に振込む場合は、下記の代表受領者欄も記入してください。  
※原則として、代表受領者となるのはご本人のご親族（配偶者・子・孫・兄弟等）になります。

上記、被保険者に係る給付の振込金について、代理(または代表)として私が受領いたします。なお、この件について、他の親族や相続人等との紛議が生じて、私が責任を持って処理することを申し添えます。

※ご本人が死亡し、代表受領者がご本人と同一世帯にお住まいでなかった場合は、ご本人との関係が分かる証明書（例：戸籍謄本、戸籍抄本等）の写しが必要です。

フリガナ		続柄	生年月日	
代表受領者 (口座名義人)			明・大・昭 年 月 日	
住所	〒			
電話番号				

## ●市使用欄●

高額支給履歴	高額申請登録	減額		
有 無		無	新規	変更

入力	確認	
/	/	/