

口座振込依頼書（介護保険）

春日部市長 あて

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

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 当座 貯蓄	
	フリガナ			
口座名義人				

4	<p>●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。)</p> <p>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 Ⓜ</p>
---	---

5	<p>●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。</p> <p>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。</p>
---	---

※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●

生保受給	滞納状況	資格喪失年月日
有・無	有・無	年 月 日