

**介護保険高額介護（介護予防）サービス費振込口座変更申請書**

フリガナ		被保険者												
氏名		証番号												
生年月日	年 月 日													

**宿毛市長 様**

高額介護(居宅支援)サービス費の振込先を、下記の口座に変更してください。

年 月 日

申請者 (住所) (電話番号)  
 (被保険者) (氏名) 印

変 更 前	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店 出張所	種 別	口 座 番 号											
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金												
	フリガナ														
	口座名義人														

変 更 後	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店 出張所	種 別	口 座 番 号										
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金											
	フリガナ													
	口座名義人													

※ 被保険者本人以外の代理人口座に振込を希望する場合は、下記委任状もあわせて記入してください。

**委 任 状**

私は、高額介護(介護予防)サービス費の受領について、以下の者を代理人と認め、その権限を委任します。

代理人 (住所) (電話番号)  
 (口座名義人) (氏名)

委任者 (住所) (電話番号)  
 (本人) (氏名) 印

処 理 欄	備 考	決 裁 欄			収 受
		課 長	係 長	担 当	