

口座振込変更依頼申出書
(介護保険の各種給付費に係る振込指定口座)

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

(申出者)

住 所 _____

氏 名 _____

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

続 柄 _____

電話番号 _____

介護保険法に基づき支給決定された介護給付費の償還金の受け取りについて、
指定していた金融機関を下記の預金口座へ変更してください。

被 保 険 者	被保険者番号	_____
	住 所	_____
	氏 名	(フリガナ) _____

指定する預金口座

変 更 前		銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	本 店 支 店 出 張 所
	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ) _____	
変 更 後		銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	本 店 支 店 出 張 所
	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ) _____	