

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 〇年 〇月 〇日

(宛先) 岡 崎 市 長

(申出者)
住 所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏 名 葵 太郎
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

続 柄 夫
電話番号 0564-23-6682

介護保険法に基づき支給される介護給付費の償還金の受け取りについては、
被保険者である 葵 千代 が 令和 〇年 〇月 〇日に死亡した
ため、被保険者に代えて私の預金口座へ振り込みしてください。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住 所	岡崎市十王町2丁目9番地
	氏 名	(フリガナ) アオイ チヨ 葵 千代

指定する預金口座

指 定 す る 預 金 口 座	〇〇 銀 行 〇〇 本 店 信 用 金 庫 支 店 農業協同組合 出張所	
	普通・当座	口座番号 00000000
	口座名義人	(フリガナ) アオイ タロウ 葵 太郎