

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 _____
※申出者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 が令和 年 月 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。

[illegible]

指定する預金口座

指 定 す る 預 金 口 座	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)	