

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)	