**高額介護サービス費及び高額医療合算介護サービス費**

**振込口座変更届出書**

平成　　年　　月　　日

（あて先）寝　屋　川　市　長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | **０** | **０** | **０** | **０** |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　　名 | |  | | | | | | | 性別 | |
|  | | | | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | －　　　　　　－ | | | | | | | | |

・高額介護サービス費及び高額医療合算介護サービス費の振込先変更を

下記のとおり届出します。

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  振込先銀行 |  | | | | | | |  | | | | | |
| 銀行  　　　　　　信用金庫  　　　　　　信用組合 | | | | | | | 本店  　　　　　　　支店  　　　　　　　出張所 | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 預金種目 | 1.普通預金 2.当座預金 3.貯蓄預金 ４.その他 | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | |

※ゆうちょ銀行に振込みを希望する場合は、通帳を開いて１番下

　　　　　　　　の枠内に記入されている口座番号および支店名として店番をご記

　　　　　　　　入ください。