

介護保険高額介護(介護予防)サービス費等支給変更申請書

年 月 日

申請者 氏名		本人との 関係									
被保険者 氏名	印	被保険者 番号	0	0	0						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女								
住所	〒										

[振込先変更希望の場合]

高額介護(介護予防)サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費（以下「高額介護サービス費等」という）の振込先を、下記口座に変更して下さい。（原則、本人の名義に限る）

口座振込 依頼欄	銀行 信用組合 農協	本店 支店(所) 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金				
			2当座預金				
			3その他				
	フリガナ 口座名義人						

※振込口座名義人と、被保険者が異なる場合には、裏面の委任状への記載が必要です。

[送付先変更希望の場合]

決定通知等の送付先を下記住所に変更して下さい。

送付先住所	〒		電話番号
	(氏名)		

市受付印

小郡市介護保険課記入欄

受付日	備考	入力	確認

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合には、下記の委任状欄に必要事項に記入して下さい。

委 任 状

年 月 日

小郡市長 殿

[委任者]被保険者

・住所： _____

・氏名： _____ 印

私は、下記の者に高額介護(介護予防)サービス費等の受領を委任します。

[受任者]口座名義人

・住所： _____

・氏名： _____ (本人との関係： _____)