

口座振替申出書

令和      年      月      日

大阪市長

口座振替申出人

住所

氏 名

介護給付費等にかかる支払いについて、次のとおり口座振替されるように依頼します。

記

【支払種別】（該当する□に✓を入れてください）

- ☐ 高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）（※1）
- ☐ 介護給付費（償還払い）
- ☐ 住宅改修費（償還払い）
- ☐ 福祉用具購入費（償還払い）
- ☐ 特定入所者生活介護（介護予防）サービス費（償還払い）
- ☐ その他（ ）

【受取口座】（該当する□に✓を入れてください）

- ☐ 公金受取口座を利用 (被保険者本人に限る)

支払種別で（※1）を選択した場合、公金受取口座を変更した際は必ずご連絡ください。

(公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。)

- ☐ 振込口座を指定 (口座情報を記入してください)

|                   |                     |  |     |                   |     |  |
|-------------------|---------------------|--|-----|-------------------|-----|--|
| 振込先<br>金融機関名      | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |     | 本 店<br>支 店<br>出張所 |     |  |
| 預金種目<br>(いづれかに○印) | 普 通                 |  | 当 座 |                   | 貯 蓄 |  |
| 口座番号              |                     |  |     |                   |     |  |
| フリガナ              |                     |  |     |                   |     |  |
| 口座名義              |                     |  |     |                   |     |  |

\* 口座振替申出人と口座名義人については、同一となるように記入してください。

\*「公金受取口座を利用」の場合は口座の照会をさせていただくため、各種申請の登録に時間がかかります。