

# 口座振替申出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市長

口座振替申出人

住 所 大阪市北区中之島1-3-20

氏 名 介護 花子

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 (いずれかにレ印)	<input type="checkbox"/> 介護給付費 (償還払い) <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修費 (償還払い) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入費 (償還払い) <input type="checkbox"/> 特定入所者生活介護 (介護予防) サービス費 (償還払い) <input type="checkbox"/> 高額介護 (介護予防) サービス費 (相当事業費) <input type="checkbox"/> 高額医療合算介護 (介護予防) サービス費 (相当事業費) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
振込先 金融機関名	中之島		銀行 信用金庫 信用組合	北			本店 支店 出張所
預金種目 (いずれかに○印)	普通		当座		貯蓄		
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	カイゴ ハナコ						
口座名義	介護 花子						

- \* ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・口座番号を記入してください。
- \* 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。
- \* 口座振替申出書は支払種別ごとに提出が必要となります。