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・印　介護　花子　介護

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）	☐ 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） ☐ 高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費） ☐ 高額医療合算介護（介護予防）サービス費（相当事業費） ☐ 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 （いずれかに〇印）	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。