

# 振替口座変更申出書

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口座について、次のとおり変更されるように依頼します。

## 記

被保険者番号									
被保険者氏名									
変更をする 支払種別 (いずれかにレ印)	<input type="checkbox"/> 介護給付費（償還払い） <input 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				銀行				本店	
				信用金庫				支店	
				信用組合				出張所	
預金種目 (いずれかに○印)	普通		当座			貯蓄			
口座番号									
フリガナ									
口座名義									

- \* 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。
- \* 振替口座変更申出書は支払種別ごとに提出が必要となります。