

口座振替変更申出書

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いについて、次のとおり口座を変更されるように依頼します。

記

【被保険者名】

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【変更する支払種別】（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）
- 高額医療合算介護（介護予防）サービス費（相当事業費）
- 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 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 <small>（いずれかに○印）</small>	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ので登録に時間がかかります。