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）

* マイナンバー登録（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  信用金庫  信用組合 | |  | | | 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 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 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。

＊ 「マイナンバー登録（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。