振替口座変更申出書

年　　月　　日

（提出先）大阪市長

口座振替申出人

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名・印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）	☐ 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 ☐ 高額医療合算介護（介護予防）サービス費 ☐ その他（　　）										
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 （いずれかに〇印）	普通	当座	貯蓄								
口座番号											
フリガナ											
口座名義											

＊ ゆうちょ銀行は、振込用の店名（三桁の漢数字）と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。

課長	課長代理	担当係長	係員	入力
				/