


口座振替申出書

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、次のとおり口座振替されるように依頼します。

記

被保険者番号											
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 <input type="checkbox"/> 高額医療合算介護(介護予防)サービス費 <input type="checkbox"/> 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○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。