

口座振替申出書

令和〇年〇〇月〇〇日

大阪市長

口座振替申出人

住 所 大阪市北区中之島1-3-20

氏 名 介護 花子

介護給付費等にかかる支払いについて、次のとおり口座振替されるように依頼します。

記

【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)
- 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	中之島		銀行 信用金庫 信用組合	北				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	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	カイゴ ハナコ							
口座名義	介護 花子							

- * 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ため、各種申請の登録に時間がかかります。