

# 口座振替申出書

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、次のとおり口座振替されるように依頼します。

## 記

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						

- \* ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・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。
- \* 口座振替申出書は支払種別ごとに提出が必要となります。