

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	本店 北 出張所			
預金種目 (いづれかに○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。