

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】(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	銀 行			本 店		
預金種目 (いざれかに○印)	普 通	当 座	貯 蓄	支 店	出 张 所	
口座番号						
フ リ ガ ナ						
口座名義						

* 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。