

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 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						

- * 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。