

※訂正する場合、訂正箇所には二重線を引き、訂正箇所の近くに申請者（被保険者）のフルネームを小さく署名してください。（訂正印でも可。）

口座振替申出書

記入例（委任払）

〇〇年△△月××日

高知市長様

高知市から支払われる介護保険の

- ※対象の給付費に☑をしてください。
- （特例）居宅介護（介護予防）サービス費
 - （特例）居宅介護（介護予防）サービス計画費
 - 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
 - 居宅介護（介護予防）住宅改修費
 - 高額介護（介護予防）サービス費
 - （特例）特定介護（介護予防）サービス費

は

サービス利用月 年 月分（以降）

下記の口座に振替願います。

〒●●●●-●●●●

（被保険者） 住所 高知市本町〇丁目△-× 電話番号 〇〇〇-××××

氏名 介護 太郎 （被保険者 No. 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇1）

口座振替 依頼欄	民間金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	種 目	1 普通預金													
		金融機関コード	店舗コード		2 当座預金													
		記入不要です。	×	×	×	口座番号	△	△	△	△	△	△	△					
	フリガナ	カイゴ ハナコ																
	ゆうちょ銀行	通帳記号										通帳番号						
		フリガナ																
		口座名義人	介護 花子															

ゆうちょ銀行の方はこちらにご記入ください。

※ 記載に誤りがあると、ご入金できない場合があります。通帳と記入された番号・フリガナに間違いがないか、必ずお確かめください。

（本人以外の口座に入金希望の場合は、下記の委任状にも記載をお願いします。）

委 任 状

〇〇年△△月××日

高知市長様

受任者 住所 高知市本町〇丁目△-×
(口座名義人)

氏名 介護 花子 電話番号 〇〇〇-××××

介護保険の保険給付の受領に関する一切の件を、上の者に委任します。

委任者 住所 高知市本町〇丁目△-×
(被保険者・本人自署)

氏名 介護 太郎

高知市介護保険課 給付係 TEL (088) 823-9959

※ 請求できる期間は、原則としてサービス利用月の翌月1日から2年間です。