

※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（後見人払）

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

登記事項証明書に記載されている
後見人の住所をご記入ください。

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 成年後見人 高知 花子 （被保険者 No. 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 2 当座預金 3 その他
		金融機関コード	店舗コード	口座番号	△ △ △ △ △ △ △
		記入不要です。	× × ×		
	フリガナ	カイゴ タロウ セイネンコウケンニン コウチ ハナコ			
	口座名義人	介護 太郎 成年後見人 高知 花子			
	ゆうちよ銀	通帳記号	通帳番号		
フリガナ					
口座名義人					

ゆうちよ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

年 月 日

高知市長様

受任者 住所
(口座名義人)

氏名 電話番号

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
(被保険者・本人自署)

氏名

記入不要です。

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。

※ 必ず登記事項証明書、または審判書の添付（写し）をお願いします。