

※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（相続用）

記入例

令和〇〇年△△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

下記の口座に振替願います。

なお、この受領について、他の相続人から異議があった場合は私が責任をもって対応します。

申出相続人（被保険者との続柄 妻）

住所 〒●●●-●●●● 高知市本町〇丁目△-× 電話番号 〇〇〇-××××

(被保険者 No.0000000001)

氏名 介護 花子

(被保険者氏名 介護 太郎)

口座振替 依頼欄	民間金融機関	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 信用金庫 農協	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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										
	口座名義人	介護 花子										
ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号						
	フリガナ											
	口座名義人											

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。

(申出相続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

令和 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
(申出相続人・本人自署)

氏名 _____

※消せるボールペンでの記入は、ご遠慮ください。