

介護保険の給付に係る口座登録申請書

被保険者番号												
氏名						⑩	電話番号					
住所	〒											

川西市長 あて

平成 年 月 日

平成 年 月 日以降支給の介護給付費については、次の口座へ振り込んでください。

上記給付費の受領を下記の代理人に委任します。
 なお、本申請内容について、当方より変更の申し出をしない限り継続願います。

【代理人氏名】※被保険者と口座名義人が異なるときは、代理人名をご記入ください。

氏名			続柄	
住所	〒			
	電話番号		()	

【登録される口座】※ゆうちょ銀行を指定される場合は、口座番号欄に7桁の振込専用番号をご記入下さい。

金融機関名			支店名		
口座種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> その他			
口座名義人	フリガナ				
	氏名				

【長寿・介護保険課記入欄】

受付	入力	確認

