

介護保険の給付に係る口座登録申請書

被保険者番号	0 0 0 0	被保険者 氏名	
住 所	〒 _____ 電話番号 _____		

年 月 日

川西市長 あて

上記の被保険者に関する介護保険給付費等の振込先として、下記の通り振込口座を届け出ます。

【登録される口座】

ゆうちょ銀行以外の 金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	本 店 支 店 出 張 所
<input type="checkbox"/> 座 種 目	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 貯 蓄 <input type="checkbox"/> 当 座	<input type="checkbox"/> 座 番 号 (右 詰 め)	X
ゆうちょ銀行	記 号 番 号 1 0	通 帳 番 号 (右 詰 め)	1
□ 座 名 義 人	フリガナ	※口座情報については、楷書体で明瞭にご記入ください。	
	氏 名		

(注) 下記の欄は、被保険者以外の口座への振込を希望する場合にのみ記入してください。

★下記欄ご記入の際は両者の本人確認書類の写しが必要です。

口座振込に関する委任

私が川西市から支払いを受ける介護保険給付費等について、上記の預金口座に振込することを委任します。

なお、受領した介護保険給付費等について、問題等が生じた場合は、私（委任者）の責任において解決し、貴市には一切迷惑をかけないことを誓約します。

委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）
〒 _____	〒 _____
住所 _____	住所 _____
氏名 _____	氏名 _____ 続柄 _____
	(電話番号 _____)

【市記入欄】

受付	入力	確認	種別	備考（付）
	済		<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 高額介護（新規・変更） <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 高額介護合算	<input type="checkbox"/> 通帳コピー <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 受任者確認