

高額医療合算介護（予防）サービス費支給振込口座変更届

受付印

フリガナ		保険者番号		3	6	2	0	4	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別		男	・	女			
住所	〒	電話番号							

阿南市長 様

下記のとおり高額医療合算介護(予防)サービス費の振込口座の変更を届出します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号 ()

高額医療合算介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	支店名	口座種別
	銀行	本店	普通(総合)・当座
	金庫	支店	口座番号
	協同組合	支所	
	金融機関コード	店舗コード	
フリガナ			
口座名義人			

※都合により本人名義以外の口座への振込を希望する場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状

令和 年 月 日

阿南市長 殿

私は、下記の者を代理人に定め、次の委任事項に関する権利を委任します。

委任事項

高額医療合算介護（予防）サービス費の受領に関する一切の権限

委任者（頼む人）

住所
氏名 印
生年月日 年 月 日
電話番号

上記委任を承諾します。

代理人（頼まれる人）

住所
氏名 印
生年月日 年 月 日
電話番号

※代理人の運転免許証等の身分証明書の写しを添付してください。

身元確認書類		上の委任状に記載が無い場合	個人番号記載無しの場合
顔写真あり	顔写真無し		
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 認知症のため <input type="checkbox"/> その他 []