

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・
介護保険 高額総合事業サービス費
口座振替変更届

小平市長 殿

下記被保険者に係る介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・介護保険 高額総合事業サービス費の振込を、下記口座に変更をお願いします。

令和 年 月 日

届出人

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

【被保険者情報】

被保険者番号	1	3	0	0									
被保険者氏名													
生年月日	明治			・	大正		・	昭和			年	月	日

【振込先金融機関口座】

金融機関名	店 名	種目											
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()											
金融機関コード	支店コード	口座番号											
フリガナ													
口座名義人													

※届出人、又は口座名義人が本人又は相続人代表者以外の場合は、委任状が必要です。委任状が必要な方は、ご連絡をお願いします。

問い合わせ

小平市 健康福祉部 高齢者支援課 電話042-346-9510

記入例

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・ 介護保険 高額総合事業サービス費 口座振替変更届

小平市長殿

下記被保険者に係る介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・介護保険 高額総合事業サービス費の振込を、下記口座に変更をお願いします。

相続人代表者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

令和 ○○年 ○月 ○日

届出人

住所 小平市つつじ町1-1-1

氏名 小平 太郎

電話番号 042 (346) ××××

お亡くなりになった被保険者の情報をご記入ください。

【被保険者情報】

被保険者番号	1	3	0	0	×	×	×	×	×	×
被保険者氏名	小平 花子									
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和			○年	○月	○日				

【振込先金融機関口座】

金融機関名	店名	種目								
小平 銀行 信用金庫 信用組合	小平 本店 支店 出張所	1.普通預金 2.当座預金 3.その他()								
金融機関コード	支店コード	口座番号								
4321	321	7	6	5	4	3	2	1		
フリガナ	コダイラ	タロウ								
口座名義人	小平 太郎									

相続人代表者の口座情報をご記入
ください。

ゆうちょ銀行の場合、通帳表紙を開いた下のページの一番下に記載された「店名（3ケタの漢数字）」を店名に、「店番」を支店コードに、「口座番号」を口座番号にそれぞれ記入してください。