支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書

目 黒 区 長　あ て　　年　月　日

「介護保険高額介護（予防）サービス費」の支給の申請をいたします。

私に支給される「介護保険高額介護（予防）サービス費」は、下記口座に振込んでください。

被保険者 氏　名		被保険者 番　号	
申請者 氏　名		電話番号	（　　）
住　所			

振 込 先 金融機関	銀　行 信用金庫 信用組合	本　店 支　店 出張所	
振込口座 預金種別	金融機関コード	店舗コード	
	普通　当座　貯蓄	口座番号	
振込口座 フリガナ			
振込口座 名義人氏名			

（注意）　預金種別は、該当の項目に〇をしてください。

＊申請者本人以外の口座に振り込みする場合は、下記委任状もご記入ください。

委　任　状

私は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、「介護保険高額介護（予防）サービス費」の受領に関する権限を委任します。

年　　月　　日

〔委任者〕被保険者　〔住　所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔受任者〕口座名義人　〔住　所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　〔続柄〕＿＿＿＿＿＿

事務処理欄	収受日	入力日	備　考

目黒区健康福祉部介護保険課