年　　月　　日

介護保険料還付金・高額介護サービス費振込先口座指定（変更）申請書

大洗町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者名 | 　　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　　日　　 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | 　　　　 |

どちらか一方へ✅してください。

□マイナポータルで登録した公金受取口座（被保険者本人名義）への振込を

希望します。

□下記の口座への振込を希望します。

【指定口座】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫・信用組合　　　　　　　　　　　　農業協同組合・労働金庫 |
| 支店名 | 支店　　　　　　　　出張所 |
| 口座種別 | □普通　□当座　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 口座番号（７桁） |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 事由 | □死亡　□転出　□所得更正　□過誤納　□その他 |
| 被保険者との関係 | □本人　□配偶者　□子ども（続柄　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

申請者（被保険者以外の方が申請する場合に記入してください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　）

　　　　〒

住所

　　連絡先　　　　　　　―　　　　　　―

【お問い合せ先：大洗町福祉課介護保険係　029-267-5111（代表）】