介護保険給付費関係に係る支給先変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 0 | 4 | 2 | 1 | 4 | 3 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 | 性　　　　別 |  |
| 住所 | 　東松島市電話番号 |
| 東松島市長　　様　上記被保険者の介護保険給付費関係の支給先について変更したいので届け出ます。令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　　　　　）  |

　介護保険給付費関係を下記の口座に振り込んでください。

　※届出者本人の口座を記入してください。届出者本人以外の口座を指定する場合、下記の委任状も記入してください。

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　委　　任　　状（委任者）　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　下記の者を私の代理人と定め、介護保険給付費関係の受領に関し委任します。（代理人）　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※届出者との関係（　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店出張所 | 種　　目 | 口　座　番　号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 1　普通預金2　当座預金3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |