

年 月 日

筑西市保健福祉部介護保険課長 様

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____

住 所 〒 _____

届 出 人 _____

被保険者との関係 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

高額介護サービス費の振り込み先口座変更届

被保険者氏名 _____ の高額介護サービス費の振り込み先として届
出である口座を下記のとおり変更したく申し出いたします。

記

金融機関名 _____

支店名 _____

種目 _____

口座番号 _____

フリガナ _____

口座名義人 _____