

介護保険給付費等の口座振替委任届

私（被保険者氏名 _____）（被保険者番号 _____）に係る
介護保険給付費等の口座振込について下記への振込みをお願いします。

口座振替を委任する理由 _____

介護保険給付費等

- ・ 高額介護（介護予防）サービス費
- ・ 居宅介護（介護予防）サービス費
- ・ 施設介護サービス費
- ・ 福祉用具購入費
- ・ 住宅改修費
- ・ 介護保険サービス利用者負担額助成費
- ・ 特例居宅介護サービス費
- ・ 居宅介護（介護予防）サービス計画費
- ・ ホームヘルプサービス等利用者負担金助成費
- ・ その他

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合（店番号 _____）		預金種目	
			口座番号	
金融機関	口座 名義	(フリガナ)		
		(氏名)		

年 _____ 月 _____ 日
被保険者

住所 _____

氏名 _____

印

受任者 受領した介護保険給付費等について、問題等が生じた場合は、私が責任を持って
処理・解決するとともに返還の必要が生じた場合においては、ただちに返還すること
を誓約します。

住所 _____

氏名 _____

印

被保険者との続柄（ _____ ）電話番号 _____