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
- 高額介護サービス費等資金貸付
- 負担限度額差額
- 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
- ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ等利用者負担金助成費

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合　店番号　店 支店		預金種目	普通　当座　貯蓄
			口座番号	
	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
		(氏　名)		

平成　　年　　月　　日

被 保 険 者　**※自署でお願いします。**

住所

氏名　　㊞

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　　㊞

被保険者との続柄（　　）電話番号

＊被保険者と受任者が別世帯の場合は、被保険者との続柄がわかる書類（戸籍謄本等）のコピーを添付してください。

港区保健福祉支援部介護保険課介護給付係