

堺市介護保険口座振込依頼書

フリガナ		保険者番号		2	7	1	4	0	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>								

堺市長 殿

この度申請しました

<input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)住宅改修費 <input type="checkbox"/> その他()	について、	<input type="checkbox"/> 下記の口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> その受領を下記の者に委任します。
---	-------	--

令和 年 月 日

申請者 (本人) 住所 〒
氏名 (※)
電話番号

*申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

振り込んでください。 令和 年 月 日 上記申請者(本人)に係る代理人 住所 〒 氏名 (※) 電話番号	<input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)住宅改修費 <input type="checkbox"/> その他()	に係る、 について、下記の口座に
---	---	---------------------

*代理人が自署しない場合は、記名押印をしてください。

口座振込 指定口座		銀行・農協 信用金 信用組	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				