

年 月 日

中新川広域行政事務組合 管理者 様

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____

介護保険給付費振込依頼書

私は、下記のとおり介護保険給付費を私名義以外の指定口座へ振り込むよう依頼します。

記

1. 被保険者以外の口座へ振り込む理由

2. 振込先指定口座

金融機関名等		種目	口座番号 (右詰で記入)			
銀行 信用金庫 農協	本店 支店	1.普通 2.当座				
口座名義人		口座名義人住所等				
(フリガナ)						
		電話 () -				