

年 月 日

理 由 書

介護保険高額介護（予防）サービス費につきましては、下記の理由により、被保険者以外の口座に振り込みます。

記

1 被保険者

(1) 被保険者番号 氏名 生年月日

(2) 住所

2 振込先の口座

(1) 振込先口座名義人 続柄

(2) 住所

3 変更理由

※被保険者が記入できない場合は、押印願います。

被保険者と同一世帯で無い方の振込口座を指定する場合には、身分証明書の写しを添付してください。（運転免許証、マイナンバーカード等）